EINWILLIGUNG IN DER GERIATRIE

Dieter Jeschek

Diss
München
84

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität München
Vorstand: Prof. Dr. med. Wolfgang Spann

Einwilligung in der Geriatrie

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Dieter Jeschek
aus
München
1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. E. Liebhardt
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. W. Spann
Dekan:	Prof. Dr. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	19.07.1984

DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

Meiner Familie

Inhaltsverzeichnis

Seite

A. Einführung 1

B. Bedeutung der Einwilligung

I. Strafrecht 3

II. Zivilrecht 4

III. Rechtsnatur 5

C. Die Wirksamkeitsvoraussetzungen der Einwilligung im Einzelnen unter besonderer Berücksichtigung der Besonderheiten des Alternswandels

I. Allgemeine Voraussetzungen 6

II. Einwilligungsfähigkeit als Wirksamkeitsvoraussetzung

1. Definition im Rechtssinne 8

2. Alterserscheinungen mit möglichem Einfluß auf die Einwilligungsfähigkeit 9

3. Adaptation - Kompensation 23

4. Diskussion

a. Tauglichkeit der rechtlichen Grundformel von Einwilligungsfähigkeit für die Geriatrie 29

b. Kriterien (Modelle) zur Behandlung alter Patienten hinsichtlich ihrer Einwilligungsfähigkeit 30

5. Konsequenzen der Entscheidung über die Einwilligungsfähigkeit 39

III. Aufklärung durch den Arzt als Wirksamkeitsvoraussetzung 43

1. Inhalt und Umfang der Aufklärungspflicht im allgemeinen 44

2. In der Geriatrie zu beachtende Besonderheiten 46

a. Multimorbidität 46

b. Pharmakotherapie im Alter 48

c. Adaptation und Kompensation 50

3. Kontraindikationen der Aufklärung insbesondere in der Geriatrie 50

Seite

D. Dokumentation und Beweissicherung

I. Aufnahmevertrag mit dem Krankenhausträger 52

II. Behandlungsvertrag und Einwilligung 53

III. Vordruck - Formular 53

IV. Das DokuBuch 54

V. Weitere Möglichkeiten 55

E. Schlußbetrachtungen 57

F. Zusammenfassung 59

G. Literaturverzeichnis 65

A. Einleitung

"Volenti non fit iniuria" sagt ein bekanntes Rechtssprichwort in Anlehnung an die Digestenstelle "nulla iniuria est, quae in volentem fiat" (D.47, 10 de iniur. l. 1 § 5). Für das alte römische Recht bedeutete dieser Rechtssatz, daß bereits zur damaligen Zeit die Einwilligung in allen Fällen der "iniuria" (= Verletzung von Persönlichkeitsrechten unter Einschluß von Leib und Leben) rechtfertigende Kraft besaß, weil jeder Bürger über seinen eigenen Lebensbereich frei verfügen durfte.

Auch, daß die älteren Menschen einige, offenbar alterstypische Besonderheiten zeigten, war schon im Altertum bekannt. "Alte Menschen leiden unter Atembeschwerden, Harnzwang, Schlaganfällen, Kräfteverfall. Sie haben oft grauen Star und sind kurzsichtig, sie hören schlecht." Diese Beschreibung von "Alterskrankheiten" ist den Aphorismen des Hippokrates entnommen. "Haut und Muskulatur zeigen Veränderungen, das Fleisch umgibt lose die Knochen, das Blut ist dünn und wäßrig," schreibt er im corpus hippocraticus über die Veränderungen im Alter.

Diese Gegenüberstellung macht deutlich, daß die Alternsvorgänge mit ihren medizinisch bedeutsamen Folgen durchaus die Abgabe einer wirksamen Einwilligungserklärung durch den Patienten beeinflussen können.

Die vorliegende Arbeit will versuchen, die besondere Konstellation zu erhellen, die sich ergibt aus dem Wechselspiel von biologischen Altersvorgängen einerseits und den Rechtsfragen, die mit der Einwilligung des Patienten zusammenhängen, andererseits.

Dazu ist grundsätzlich erforderlich, Bedeutung und Rechtsnatur der Einwilligung im heutigen Rechtssystem aufzuzeigen und die Wirksamkeitsvoraussetzungen der im Alter auftretenden Besonderheiten zu betrachten. In diesem Zusammenhang ist es nötig, die Altersvorgänge allgemein morphologisch und insbesondere hinsichtlich der für die Einwilligungsfähigkeit wichtigen Vorgänge im psychischen Bereich darzustellen.
Dazu gehört auch die Frage nach der Grenze zwischen normalen und pathologischen Altersveränderungen.

Davon ausgehend gilt es, den gefundenen rechtlichen Ansatz der Einwilligungsfähigkeit hinsichtlich seiner Tauglichkeit gerade für die Geriatrie zu untersuchen. Auch ist zu diskutieren, ob eine Leitlinie aufgestellt werden kann, die es ermöglicht, die Einwilligungsfähigkeit alter Menschen einheitlicher und leichter zu beurteilen. Die rechtlichen Konsequenzen dieses Urteils sind ebenfalls von Bedeutung.

Untrennbar verbunden mit der Einwilligung ist die ärztliche Aufklärung.
Die in diesem Rahmen wichtigen Besonderheiten des Alternswandels sind ebenso aufzuzeigen wie die sich aus dem gesamten untersuchten Komplex von Geriatrie und Einwilligung ergebenden Konsequenzen für die Dokumentation und Beweissicherung.

B. Bedeutung der Einwilligung

I. Strafrecht

Nach ständiger Rechtsprechung erfüllt jede ärztliche Maßnahme, die die Körperintegrität berührt, den Tatbestand einer Körperverletzung gemäß §§ 223ff StGB[1]. Dabei ist es gleichgültig, ob der Eingriff erfolgreich ist oder mißglückt, ob er lege artis ausgeführt ist oder nicht.

Als Eingriffe gelten nicht nur therapeutische Eingriffe (Operation mit Anästhesie, Intensivtherapie, Medikamenten- oder Strahlenbehandlung), sondern auch diagnostische (Blutentnahme, Röntgenaufnahme, Leberfunktionstest[2]) oder prophylaktische Maßnahmen (Impfungen beispielsweise[3]).

Diese Grundthese - ärztlicher Eingriff ist tatbestandlich Körperverletzung - hat der BGH trotz heftiger Kritik seitens der Literatur[4] beibehalten.

Juristisch wird nun aber deutlich unterschieden zwischen Erfüllung des Tatbestandes und Rechtswidrigkeit der Handlung, wobei Tatbestandserfüllung alleine noch keine Strafbarkeit begründet.

Da die Rechtswidrigkeit grundsätzlich durch Vorliegen des gesetzlichen Tatbestandes indiziert wird, bedarf der Arzt, um der Bestrafung zu entgehen, eines besonderen Rechtfertigungsgrundes.

In der Regel ist dies die Einwilligung des Patienten. Die Einwilligung kann gem. § 226a StGB den Eingriff jedoch nur rechtfertigen, wenn er nicht gegen die guten Sitten verstößt.

II. Zivilrecht

Von vorrangiger Bedeutung ist hier das Recht der unerlaubten Handlungen, §§ 823ff BGB, mit den Anspruchsgrundlagen für eine eventuelle Schadensersatzforderung.
Der oben bereits erwähnte § 223 StGB ist ein Schutzgesetz i.S.d. § 823 Abs.2 BGB, womit bei tatbestandlichem Vorliegen des § 223 StGB bereits die erste Voraussetzung - neben Rechtswidrigkeit und Schuld - für das Eingreifen des § 823 Abs.2 gegeben ist.
Unabhängig vom strafrechtlichen Streit, ob der ärztliche Eingriff tatsächlich Körperverletzung i.S.d. § 223 StGB ist[5], liegt nach Ansicht der neueren Rechtsprechung auf jeden Fall eine Verletzung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit vor, das im Rahmen des allgemeinen Persönlichkeitsrechts über Art. 2 Abs.2 GG auch im Arzt-Patienten-Verhältnis geschützt ist[6].
Ein Eingriff ohne Einwilligung verletzt dieses Recht und gibt so bereits die Möglichkeit einer Schadensersatzforderung gem. § 823 Abs.2 BGB.
Die Einwilligung des Patienten verhindert damit regelmäßig ein Durchgreifen des Anspruchs.

Integrierender Bestandteil des durch Art. 2 Abs.2 GG geschützten allgemeinen Persönlichkeitsrechts ist auch das Selbstbestimmungsrecht.
Ein Eingriff ohne Einwilligung verletzt dieses Recht, sodaß § 823 Abs.2 BGB schon deswegen vorliegen könnte.

III. Rechtsnatur

Nach h.M. ist die Einwilligung keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung[7], doch stellt sie als ein auf einen tatsächlichen Erfolg gerichtetes, von der Rechtsordnung mit bestimmten Rechtsfolgen (Rechtmäßigkeit der Tat) ausgestattetes Verhalten eine Rechtshandlung dar[8].

Kurz und knapp läßt sich die Einwilligung in den ärztlichen Eingriff auch beschreiben als "kein Rechtsgeschäft i.S.d. BGB (denn sie betrifft nicht die Begründung, Aufhebung oder Gestaltung von Rechten und Pflichten zwischen den Partnern eines Rechtsverhältnisses), aber eine rechtlich erhebliche, nämlich über die strafrechtliche Bedeutung eines straftatbestandsmäßigen Verhaltens entscheidende Handlung, die besteht in der Verfügung über das höchstpersönliche Rechtsgut der Unantastbarkeit des Leibes"[9].

C. Die Wirksamkeitsvoraussetzungen der Einwilligung im Einzelnen[10] unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Alternswandels

I. Allgemeine Voraussetzungen

1. Der Einwilligende muß Inhaber des verletzten Rechtsguts und zur Disposition darüber befugt sein.

Verletztes Rechtsgut ist hier die Körperintegrität als höchstpersönliches Recht, womit diese Voraussetzung auch beim geriatrischen Patienten grundsätzlich erfüllt ist. Die Dispositionsbefugnis ist lediglich durch § 226a StGB eingeschränkt insofern, als daß die Einwilligung solche Eingriffe, die gegen die guten Sitten verstoßen nicht rechtfertigen kann.

2. Die innere Zustimmung genügt nicht, die Einwilligung muß nach außen kundbar geworden sein.

Dieses muß nicht ausdrücklich geschehen, es genügt auch konkludente Handlung[11]. Ausnahmsweise kann diese auch in der widerspruchslosen Duldung des Eingriffs bestehen[12]. Bloße Passivität genügt aber nicht. Diese Unterscheidung ist gerade in der Geriatrie von Bedeutung.

Der ältere Patient, vielleicht verunsichert durch die ungewohnte Umgebung oder die Hektik des Klinikgeschehens, verhält sich oft ausgesprochen ruhig und zurückhaltend, sowohl bei der Beantwortung von Fragen als auch in seinem ganzen Verhalten.

Es ist zu beachten, daß eine wirkliche Manifestation der Bereitschaft zur Hinnahme erkennbar wird, denn gerade das ist notwendig.

Wenn der Patient sich nur fügt, so ist das nicht unbedingt gleichbedeutend mit schweigend erfolgter Einwilligung.

3. Die Einwilligung muß vor dem Eingriff erklärt sein und muß im Zeitpunkt des Eingriffs noch fortbestehen. Nachträgliche Genehmigung ist unbeachtlich[13]. Die Einwilligung ist grundsätzlich frei widerruflich[14].

4. Die Einwilligung ist mehr als bloßes Geschehenlassen, sie verlangt eine bewußte und freiwillige Gestattung der Verletzung[15]. Sie muß daher frei sein von Willensmängeln und ist somit unwirksam, wenn sie durch Zwang oder Drohung erlangt wurde[16], durch Täuschung oder aufgrund eines Irrtums.
Bei letzterem muß es sich aber um einen rechtsgutsbezogenen Irrtum handeln. Ein solcher liegt vor, wenn der Einwilligende Art, Umfang und Folge der bevorstehenden Rechtsgutsverletzung verkennt und sich deshalb über die Art und Tragweite der Einwilligung nicht im klaren ist[17].

5. Die Reichweite der Einwilligung erstreckt sich personell grundsätzlich nur auf den Arzt, dem sie erteilt wurde[18]. Im Krankenhaus oder in einer Teampraxis ist sie in der Regel als stillschweigend allen Ärzten erteilt anzusehen, die nach interner Arbeitsverteilung für den Eingriff zuständig sind[19].
In gegenständlicher Hinsicht sind alle Eingriffe abgedeckt, in die (nach entsprechender Aufklärung) eingewilligt wurde. Die Einwilligung muß sich dabei auf eben den Eingriff im besonderen erstrecken, nicht allgemein auf eine Behandlung.

6. Das Strafrecht verlangt außerdem noch ein subjektives Rechtfertigungselement. Dieses ist darin zu sehen, daß der Arzt in Kenntnis der Einwilligung handeln muß[20]. Schönke-Schröder hält in subjektiver Hinsicht einen Heilungswillen für erforderlich[3].

II. Einwilligungsfähigkeit als Wirksamkeitsvoraussetzung

Als weitere unabdingbare Voraussetzung zur Wirksamkeit der Einwilligung ist die Einwilligungsfähigkeit des Einwilligenden zu nennen.

1. Definition im Rechtssinne

Bei Eingriffen in höchstpersönliche Rechtsgüter, wie hier in die Körperintegrität, die zugleich integrierende Bestandteile des allgemeinen Persönlichkeitsrechts sind, besteht in Straf- und Zivilrecht Einigkeit hinsichtlich der persönlichen Voraussetzungen der Einwilligungsfähigkeit.
Hier genügt für die Wirksamkeit der Einwilligung "eine von der Geschäftsfähigkeit unabhängige und auch mit der Schuld- oder Deliktsfähigkeit nicht identische Einsichts- und Urteilsfähigkeit in dem Sinne, daß der Einwilligende Wesen, Bedeutung und Tragweite des gegen ihn gerichteten Eingriffs voll zu erfassen imstande ist"[21].
Wichtig soll sein die Tragweite für Körper, Beruf und Lebensglück[22].

Im Minderjährigenrecht ist die Urteilsfähigkeit nicht generell, sondern in Bezug auf den konkreten Eingriff zu beurteilen. Dabei kommt es auf den individuellen Reifegrad des Betreffenden an.
Dagegen geht man bei einem Mündigen, als bei jedem nicht entmündigten Erwachsenen, davon aus, daß diese Fähigkeit im allgemeinen ohne weiteres angenommen werden kann, es sei denn, sie ist durch eine gewichtige psychische Störung beeinträchtigt[23].

Insgesamt gesehen ist die Einsichts- und Urteilsfähigkeit unabhängig von einem bestimmten Alter oder von einer angeordneten Vormundschaft oder Pflegschaft. Das erforderliche Maß der Urteilsfähigkeit soll sich einmal danach richten, ob es sich um eine schwerwiegende und zeitlich dringliche oder um eine routinemäßige Maßnahme handelt, die sich etwa aus dem Beruf oder einem (auswärtigen) Studium oder Lehre ergibt.
Die gleichen Grundsätze gelten auch bei geistigen Störungen oder bei Geisteskrankheiten.
So kann auch ein Minderjähriger oder ein psychisch Kranker u.U. allein und selbständig eine voll wirksame Willenserklärung abgeben[24].

2. Alterserscheinungen mit möglichem Einfluß auf die Einwilligungsfähigkeit

Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit, d.h. der Einsichts- und Urteilsfähigkeit, erfolgt also unabhängig von den zu Geschäfts-, Delikts-, Zurechnungs- oder Schuldfähigkeit entwickelten Grundsätzen.
Sie erfolgt in Bezug zum konkreten Eingriff und kann durch eine psychische Störung beeinflußt werden, wenn diese in's Gewicht fällt.
Eine solche Störung könnte bedingt sein durch die besonderen Vorgänge, die sich im Verlauf des Alterns abspielen.

a) Es sind zahlreiche Versuche unternommen worden, zu definieren, was Altern eigentlich ist.
Morphologisch betrachtet ist Altern keine Krankheit, aber ein Stadium im Lebensablauf, in welchem bestimmte Krankheiten gehäuft auftreten.

Der Grundsatz, daß Altern selbst eine Krankheit sei - senectus ipse morbus est - gilt schon seit längerer Zeit als überholt. Das Altern ist auch grundsätzlich kein gleichmäßiger Prozess, vielmehr können einzelne Systeme vorzeitig, ja sogar isoliert altern, etwa das Nervensystem oder die Kreislauforgane. So wird besonders beim ZNS eine Abnahme des Wasserbindungsvermögens festgestellt, in vielen Organen ist eine Änderung der elastischen Strukturen auffallend, diese Gewebe werden fester, starrer, weniger elastisch[25]. Die Arteriosklerose ist ein normaler, zum Leben gehöriger Vorgang, der von jedem Organismus durchgemacht wird, wenn er nur alt genug wird[26].
Max Bürger spricht in diesem Zusammenhang von Physiosklerose[27]. Die Arteriosklerose ist die wohl wichtigste Einzelursache für die Morbidität und Behinderung alter Menschen. Ihre Auswirkungen lassen sich im Bereich des Herzens, der Beine und auch des Gehirns beschreiben[28]. An allgemeinen Veränderungen lassen sich im Zuge der Alterungsprozesse vermehrte Einlagerungen von Lipofuszinpigmenten ("Abnützungspigment") und Schrumpfungen feststellen. Dabei sind die Organe allgemein verkleinert[25].
Als Beispiel für die altersatrophischen Vorgänge sei hier das Gehirn von Zwanzigjährigen mit dem von Achtzigjährigen verglichen[29]. Das durchschnittliche Gehirngewicht nimmt dabei von ca. 1300 - 1400 g auf etwa 1150 g ab, was einer Gewichtseinbuße von 15% entspricht. Die Zahl der Neuronen verringert sich um 10 - 15%, in einzelnen Gehirnteilen sogar bis zu 30%.

Dies ist auch auf die Besonderheit der Ganglienzellen zurückzuführen, die sie von den übrigen Körperzellen unterscheidet, nämlich ihre fehlende Regenerationsfähigkeit. Dadurch werden die Großhirnrinde schmäler, die Sulci breiter, die Ventrikel erscheinen besonders weit, die Hirnkammern enthalten vermehrt Liquor, man nennt das oft auch einen Hydrocephalus internus e vacuo[30]. Die allgemeinen Alterungsprozesse lassen sich auch an den anderen Organen nachweisen, so etwa nimmt das Lebergewicht wesentlich ab, die Niere wird kleiner[31], das Herz zeigt deutliche Lipofuszineinlagerungen[25]. Ihre Auswirkungen sind je nach Schwere des Befalls und nach Funktion des betroffenen Organs unterschiedlich.

b. Diese grundsätzlichen Alterungsvorgänge bedingen nun das äußere Erscheinungsbild des alten Menschen, wie etwa seine geringe körperliche Beweglichkeit, und auch die Auswirkungen auf das Gehirn.
Hier können nun einige Veränderungen festgestellt werden, die auf die Psyche des alten Menschen einen solchen Einfluß haben können, daß man diesen dann als nicht mehr einsichts- und urteilsfähig, damit nicht mehr einwilligungsfähig für den konkreten Fall bezeichnen muß. Die Alterungsvorgänge, damit die durch sie bedingten Veränderungen der Gehirnsubstanz äußern sich in allgemeinen Charakterveränderungen, im Nachlassen einzelner geistiger Fähigkeiten und, bei entsprechendem Zeitablauf, im Endstadium der senilen Demenz.

aa) Zuerst wären hier allgemeine Charakterveränderungen zu nennen. "Der alte Mensch ist vor allem durch seine Langsamkeit und die Abnahme seiner Lebhaftigkeit gekennzeichnet....Sein Interesse für die Umwelt nimmt ab.

Er hat nicht mehr die Kraft, sich neuen Dingen zuzuwenden, und zieht sich auf sein Innenleben zurück. ...Die Grundzüge seines Charakters kommen deutlicher zum Ausdruck und können nicht mehr ohne weiteres in ein harmonisches Ganzes integriert werden. Der Vorsichtige hat die Tendenz, im Alter mißtrauisch und geizig zu werden, der Extrovertierte wird zum Schwätzer, der Ängstliche zum Hypochonder..."[32].
Wir finden Depression, Hypochondrie, Mißtrauen, paranoide Vorstellungen, auch Reizbarkeit, Aggressivität, Starrköpfigkeit und Gedächtnisschwund. Die psychologischen Ursachen dafür werden im Einzelnen etwas unterschiedlich, insgesamt aber als Abwehrreaktionen des alternden Menschen gesehen.

bb) Was die Entstehung neurologisch-psychiatrischer Alterserkrankungen anbelangt, gibt es in der Gerontopsychiatrie zwei unterschiedliche Ansichten.
Während die eine[33] die Alterskrankheiten als Fortentwicklung der normalen psychischen Alternsveränderungen sieht, vertritt die andere[34] die Ansicht, die Krankheiten beruhten auf eigenen Grundlagen, entwickelten sich also neben den normalpsychologischen Veränderungen, wobei die Abgrenzung oft nicht leichtfällt, oder es seien doch zumindest normaler und pathologischer Alternswandel etwas grundsätzlich anderes[35].
Unabhängig von diesem Meinungsstreit lassen sich eine Reihe von typischen Altersveränderungen darstellen, die z.T. nur als allgemeine Symptome beschrieben werden können, z.T. aber auch als festumrissene Krankheitsbilder erscheinen[36].

Einige allgemeine Äußerungsformen des Alternswandels wurden bereits erwähnt, wie etwa das Nachlassen der Lebhaftigkeit von Sinneseindrücken, Verschärfung der Charakterzüge oder Verlangsamung der psychomotorischen Abläufe. Daneben läßt auch die Fähigkeit zur Verarbeitung von Affektbelastung nach. Das Vermögen Gedächtnisinhalte präsent zu halten und zu reproduzieren, insbesondere Namen zu finden, leidet recht frühzeitig. Die Merkfähigkeit insgesamt lässt nach, wobei es für den Betroffenen immer schwieriger wird, sich neues Wissen auf Dauer anzueignen, während das Altgedächtnis deutlich besser erhalten ist.
Die Denkfähigkeit im allgemeinen ist zunächst weniger betroffen, vielmehr ist ein Verlust an instrumentalen Funktionen des Denkens deutlicher festzustellen. So leidet etwa die Übersicht über komplizierte Gedankengänge, der Blick für das Wesentliche, damit die Voraussetzungen für eine persönliche Stellungnahme. Das Denkfeld engt sich auf Althergebrachtes ein, reine Assoziationen spielen in ziemlich leerem Ablauf eine immer größere Rolle.
Die Sprache emanzipiert sich, sie ist immer mehr auf stehende Redensarten beschränkt.
Von da an ist der Weg nicht mehr weit zum Erliegen des eigentlichen Denkvermögens, zur Demenz im engeren Sinne. Urteilsfähigkeit und Kritikvermögen schwinden, der Blick für das Wesentliche geht gänzlich verloren, es wird unmöglich, auf Grund vorgegebener Erkenntnisinhalte Schlüsse zu ziehen.

Dem Dementen stehen aber noch - im Gegensatz zum von Geburt an Schwachsinnigen - Restbestände früheren Wissens zur Verfügung, wenn auch nicht vollsinnig in Konsequenz und Logik.
Die Desorientierung beginnt mit erschwertem Zurechtfinden im Raum, zuerst im fremden, dann im vertrauten. Die zeitliche Desorientierung ist das nächste Stadium. Später folgt dann die Desorientierung in der Situation. Am Ende kommt die Orientierungsfähigkeit, auch für die Person, völlig zum Erliegen. Immer mehr erlischt die an die persönliche Initiative gebundene Aktivität. In gleichem Maße treten primitive motorische Bewegungsabläufe an ihre Stelle. Dies äußert sich in allgemeiner Bewegungsunruhe, etwa in Form von Nesteln, Reiben, planlosem Hantieren an Gegenständen. All diese Merkmale sind ineinander verwoben. Will man ein Grundprinzip herausstellen, so kann man es beschreiben als allseitige Niveausenkung und Entdifferenzierung infolge des Nachlassens der vitalen Dynamik[36]. "Es ist eine Schwächung der vitalen Grundkräfte als einem Charakteristikum des Seelenlebens festzustellen", sagt Flügel[37].
Sind diese genannten Veränderungen nicht nur leicht, sondern stärker ausgeprägt, so spricht man von einem organischen Psychosyndrom nach E. und M. Bleuler[38], auch als hirnorganisches oder psychoorganisches oder amnestisches Syndrom bezeichnet[39].
In demselben Sinne wie der Begriff "hirnorganisches Syndrom" wurden lange Zeit die Begriffe "Delir", "Verwirrtheitszustand" und "Bewußtseinstrübung" gebraucht[40].
Das Syndrom hat einen umfassenden Charakter, wobei Gedächtnis und Denken betroffen sind, ebenso Antrieb und Affektivität sowie die gesamte Dynamik.

Das organische Psychosyndrom hat keine spezielle Ätiologie. Es lässt sich aber durch folgende Punkte charakterisieren[41]:

- -Aufmerksamkeitsstörungen
- -Auffassungsstörung
- -Affektstörung i.S.e. Labilität
- -Abstumpfung der Emotion
- -Denkstörung i.S.e. Herabsetzung der Begriffs- und Vorstellungsstärke und einer Einengung der Assoziationen.

In Fällen, die schon Übergang zur organischen Demenz zeigen, kommt es neben den erwähnten Symptomen zu einer deutlichen Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörung.
Neben di esen Erscheinungen mehr allgemeiner Symptomatik lassen sich als typische Alterserscheinungen folgende psychopathologische Krankheitsgruppen herausstellen:

- senile Demenz und präsenile Demenz (Morbus Alzheimer und Morbus Pick)
- zerebrale Arteriosklerose
- Psychosen

Will man diese Erkrankungen einteilen, u.a. etwa nach ihrer Ätiologie, so kann man der Systematik von Flügel[42] folgen.

(1) Hirnorganische Erkrankungen
  (a) primäre; wahrscheinlich mit Aufbrauch und Degeneration des Hirnparenchyms zusammenhängend
    - senile Demenz als typische Alterserscheinung, Beginn um das 70. Lebensjahr
    - Morbus Alzheimer; steht der senilen Demenz nahe, beginnt um das 40. oder 50. Lebensjahr, besondere Lokalisation
    - Morbus Pick; beginnt auch um das 40. oder 50. Lebensjahr, Gewebsschwund noch weniger diffus, noch mehr lokal konzentriert gegenüber M. Alzheimer

(b) sekundäre; Das Hirngewebe ist erst sekundär in Mitleidenschaft gezogen. Es handelt sich um Funktionsstörungen infolge von Gefäßerkrankungen, wobei wohl die Arteriosklerose die häufigste Ursache des Auftretens hirnorganischer Störungen darstellt. Die Häufigkeit ihres Auftretens steigt mit zunehmendem Alter.

Diese hirnorganischen Erkrankungen führen zu Demenz als dem Endstadium. Ihnen liegt Parenchymschwund zugrunde. Sie äußern sich in ihrer psychischen Symptomatik in einer Beeinträchtigung der elementaren werkzeugmäßigen psychischen Funktionen, wobei die Störung der Merkfähigkeit mit ihren Folgeerscheinungen, wie etwa der Desorientiertheit, meist das im Anfang eindrucksvollste Zeichen darstellt. Im weiteren Verlauf wird der Kranke schließlich so hilflos, daß er auch bei den einfachsten Lebensverrichtungen nicht mehr ohne fremde Hilfe auskommt.
Die zerebrale Arteriosklerose führt zu zunehmender Einbuße der geistigen Leistungsfähigkeit[42)]. Ist auch bei der arteriosklerotisch bedingten Demenz das Krankheitsbild im allgemeinen geringer ausgeprägt als bei der senilen Demenz, so sind sich die beiden Krankheitsbilder in ihren Erscheinungsformen doch sehr ähnlich und eine ätiologische Unterscheidung ist deshalb nicht nur schwierig[37)], sondern oft unmöglich[36)]. Es gibt Überschneidungen, was durchaus logisch erscheint, wenn man bedenkt, daß trotz unterschiedlicher Grundprozesse das Ergebnis das gleiche ist: Parenchymschwund!

(2) Als zweite Gruppe sind die endogenen Psychosen zu nennen, die zwar nicht alterstypisch sind, aber doch im Alter eine bedeutende Rolle spielen.
(a) Schizophrenie
(b) manisch - depressiv

Die vorstehend aufgeführten Veränderungen, Symptome und Krankheitsbilder haben in Literatur und Praxis, insbesondere der forensischen Begutachtung, eine im allgemeinen einheitliche Beurteilung erfahren hinsichtlich des rechtlichen Status' der von ihnen betroffenen Patienten.
Demenz und Desorientiertheit[43], oder anders ausgedrückt: die hirnorganischen Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium[44], haben generell Geschäftsunfähigkeit zur Folge.
Die gleiche rechtliche Einordnung sollen Schizophrene und Manisch - Depressive in der kranken Zeit erfahren[44].
Die hier wichtige Einwilligungsfähigkeit ist aber von der Geschäftsfähigkeit verschieden[45], nämlich als Einsichts- und Urteilsfähigkeit im konkreten Fall definiert. Eine Einsichtsfähigkeit generell verneinen will Langelüddecke[46] nur bei akuten Psychosen, wobei im Falle von leichten Störungen eine genaue Überprüfung empfohlen wird.
Bei dem Versuch, den festgelegten Rechtsbegriffen (Geschäfts-, Zurechnungs-, Einwilligungsfähigkeit u.a.) einen entsprechenden Krankheitszustand direkt zuzuordnen, bleiben aber doch noch unpräzise Begriffe bestehen, wie etwa "Fortgeschrittenes Stadium" o.ä.

cc) Die vorstehenden Ausführungen zeigen, wie vielgestaltig die Auswirkungen der biologischen Alterungsvorgänge auf die geistigen Fähigkeiten, auf das intellektuelle Leistungsvermögen, auf die zerebralen Arbeitsvorgänge sein können.
Gefäßsklerose und Atrophie sind dabei diejenigen altersbedingten Grundprozesse, welche wohl den Haupteinfluß auf die Alterserscheinungen haben, auf die ganze Bandbreite von der Verlangsamung der psychomotorischen Abläufe bis hin zur manifesten senilen Demenz.
Doch gibt es daneben auch noch eine ganze Reihe[47)] anderer Grundkrankheiten und somatischer Störungen, die die vielfältigen psychischen Ausfallserscheinungen zur Folge haben können, die auch als hirnorganische Syndrome oder organisches Psychosyndrom nach Bleuler[38)] bezeichnet werden. Diese anderen Ursachen sind unabhängig vom Alter des Betroffenen. So findet man häufig Alkohol- und Barbituratintoxikationen als Ursache für hirnorganische Syndrome.
Auch Intoxikationen mit anderen Sedativa, mit Bromiden, anticholinergischen Stoffen, Tranquilizern, Antidepressiva, den verschiedensten Arzneimitteln und Chemikalien aus allen Lebensbereichen können zum gleichen Ergebnis führen, ebenso wie Drogen- oder Alkoholentzug.
Weitere mögliche Ursachen sind bakterielle oder Virusinfektionen, nahezu alle Stoffwechselstörungen und auch Schädel-Hirn-Traumen.
Hirnorganische Zeichen sind auch bei Herzerkrankungen zu beobachten.
Primäre zerebrale oder meningeale Neoplasmen können sich ebenso mit hirnorganischen Zeichen bemerkbar machen wie Hirnmetastasen anderswo lokalisierter Geschwülste. Auch bei allen Formen idiopathischer Epilepsie ist Ausbildung eines hirnorganischen Syndroms möglich.

Schließlich treten auch im Verlauf von Kollagen- und Immun-Krankheiten, etwa eines Lupus erythematodes, aber auch im Rahmen von Immunreaktionen auf exogene Stoffe mitunter Zeichen eines hirnorganischen Syndroms auf.

dd) Läßt sich bei diesen Erkrankungen meist ein Zusammenhang zwischen Ursache und Auswirkungen feststellen, so gilt bei den altersbedingten Hirnveränderungen etwas anderes. Durch Autopsie-Befunde an alten Menschen (etwa über 65 Jahre) ist mehrfach demonstriert worden, daß offensichtlich keine sehr enge Beziehung zwischen dem Umfang der pathologisch-anatomischen Hirnveränderungen und dem Verhalten vor dem Tode besteht[48]. Selbst massive Hirnveränderungen (z.B. ausgeprägte Hirnatrophie) müssen keineswegs von besonders auffälligen Verhaltensweisen (z.B. senile Demenz) begleitet sein. Umgekehrt treten deutliche Verhaltensstörungen im höheren Lebensalter auch ohne größere, histologisch faßbare Hirnveränderungen auf. Das bedeutet, daß die zu erwartenden defektspezifischen Verhaltenskonsequenzen in diesem Fall durch umwelt- oder persönlichkeitsspezifische Bedingungen überdeckt werden[49].

c) Die Anzahl möglicher Einflüsse auf den Alterungsprozess ist groß, wie die Betrachtung der morphologisch faßbaren Alterungsvorgänge bereits zeigt. Die vielfältigen Erscheinungsformen des Alternswandels im äußeren Bild und die zahlreichen dafür in Betracht kommenden Ursachen verstärken diese Erkenntnis. Hinzu treten außerdem noch psychologische[50] und soziale[51] Faktoren, die hier weitgehend unerwähnt blieben. Damit wird einsichtig, daß sich das, was "Altern" eigentlich ist, nur schwer auf eine kurze Formel bringen lässt.

Allgemein gilt, daß das Altern als ein komplexer Vorgang zu behandeln ist, daß es eben nicht nur einen einzigen Grund gibt für das, was wir unter dem "Altern des Organismus" verstehen[52].
Altern ist aber ebenso, wie wohl jedem einsichtig, ein äußerst individueller Vorgang, der es mit sich bringt, daß kalendarisches Alter und biologisches Alter getrennt zu sehen sind[53].
Langen[54] beschreibt das Altern als ein "multifaktorielles Problem, da sowohl körperliche, als auch psychische und ebenso soziale Faktoren eng ineinander greifen."

d) eine Definition für "das Altern" kann also kaum gefunden werden, allenfalls eine Beschreibung, die die Vielfalt der beteiligten Faktoren nur anzudeuten vermag und die ganze Bandbreite der psychischen Erscheinungsformen mit ihren Ursachen und ihren Bezügen zueinander nur grob umreißen kann.
Dieses weite Spektrum altersspezifischer Vorgänge und ihrer äußerlichen Manifestation reicht von kaum wahrnehmbaren Veränderungen bis zu den schwersten Krankheitsformen, und es stellt sich die Frage, an welchem Punkt der normale Alternswandel zum pathologischen wird. Gerade für das Urteil über die Einwilligungsfähigkeit des alten Menschen kommt dieser Grenze zwischen normalpsychologischen Altersveränderungen und krankhaften Störungen besondere Bedeutung zu.
Müller[55] sieht den Übergang zum eigentlichen, auch für Laien erkennbaren Krankheitszustand im Bereich des Stadiums 3 der vierstufigen Einteilung des hirnorganischen Psychosyndroms im Sinne von Bleuler, das die wichtigste und häufigste psychiatrische Erkrankung im Alter ist.

Nach groben Kriterien werden die vier Grade von Abbauerscheinungen unterschieden:

1. Leichtes hirnorganisches Psychosyndrom (leichte Ausfallserscheinungen betreffend die Merkfähigkeit; weder für das Individuum noch für die Umgebung als krankhaft)
2. leichtes bis mittleres hirnorganisches Psychosyndrom (deutliche Verhaltensstörungen, oft mit deutlicher Affektlabilität; starres Denken, Eigensinnigkeit, Starrköpfigkeit)
3. Mittleres bis schweres hirnorganisches Psychosyndrom (das entscheidende Stadium; die betreffende Person kann nicht mehr selbständig leben; je nach Umgebung kann noch Kontaktfähigkeit vorhanden sein; Gedächtnis- und Orientierungsfähigkeit schon sehr bedeutend geschwächt)
4. Schweres hirnorganisches Psychosyndrom (entspricht der Demenz; besonders grobe Ausfälle des Frisch- und Altgedächtnisses, der Konzentrations- und Orientierungsfähigkeit).

Brocklehurst/Hanley/Martin[56] weisen auf die Schwierigkeit hin, Altersvorgänge von Krankheiten zu trennen, sowohl in somatischer Hinsicht, wie etwa bei Osteoporose oder Arteriosklerose, als auch bei Störungen der Geistestätigkeit.
Mit zunehmendem Alter finden sich fließende Übergänge von der physiologischen Altersinvolution und -Alteration zu lokaler und allgemeiner Krankheit, so meint Gsell[57].
Böhm/Wolfram[58] bezeichnen die Frage der Grenzziehung zwischen Orthologie und Pathologie, zwischen psychischen Altersvorgängen, die als ubiquitär und normal zu bezeichnen sind und schon organisch bedingten Abbauprozessen, also zwischen Psychologie und Psychopathologie, als eine der schwierigsten nosologischen

Aufgaben in der Alterspsychiatrie. Sie kommen zu dem Ergebnis, daß die Anzeichen des psychischen Alterns in Bezug auf verschiedene Prozesse psychischer Art in sehr unterschiedlichen Grad ausgeprägt sind. Die Besonderheit der biologischen Alternsvorgänge, ihre chronologische und gradweise Ungleichmäßigkeit tritt deutlich zutage. Die das psychologische Altern begleitenden intellektuelle Leistungseinbuße etwa betrifft in unterschiedlichem Maße die einzelnen Teilbereiche und ist nicht global.

Für Schulte/Tölle[59)] gibt es eine scharfe Grenze zwischen krankhaften Störungen und normalpsychologischen Altersveränderungen weder im Termin noch im Ausmaß. Ein Altersindex soll auf psychologischem Gebiet nicht zur Verfügung stehen. Sie sagen, es gibt nur graduelle Unterschiede. Die allgemeinen Symptome[60)] seien in milder Form noch den normalpsychologischen Altersveränderungen eigen und machten sich in ihrem Krankheitswert erst durch das Ausmaß, die besondere Akzentuirung und u.U. einen besonders frühen Manifestationstermin kenntlich. Die normalpsychologischen Altersveränderungen und die pathologischen Störungen setzten sich nicht scharf voneinander ab, sondern gingen ineinander über und überschritten erst dann die Grenze zum Krankhaften, wenn sie aus der ohnehin sich abzeichnenden Involution herausragten.

Schott[61)] sagt, daß der Alternsprozeß des Menschen als komplexes Geschehen in seinem Ablauf erheblichen individuellen Schwankungen unterworfen ist, daß sich dafür keine Norm finden läßt.

Oesterreich[62] schreibt, daß die Beantwortung der Frage, was im Verlauf des Alterns als Norm bezeichnet werden kann, an die Beurteilung des Lebenslaufs in all seinen körperlich-biologischen, psychologischen und sozialen Bezügen gebunden sein muß, und daß die Bestimmung einer Altersnorm deshalb auf große Schwierigkeiten stößt, weil es keinen gesetzmäßigen, vorhersehbaren Altersablauf gibt, daß Altern ein geschichtlicher Ablauf innerhalb des Lebensablaufes ist, gekennzeichnet durch eine Vielzahl fließender Übergänge von normal zu krank.
Im Verhalten Alternder und alter Menschen, insbesondere bei der Gruppe der vorzeitigen und beginnenden Alterungsprozesse, sei eine unendlich große Streubreite zu finden.

Es ist somit eine einhellige Meinung:
Die Übergänge von normalpsychologischen Altersveränderungen oder auch allgemeiner von normalen Altersvorgängen zu krankhaften Störungen sind fließend.

3. Adaptation - Kompensation

Es gibt nun noch eine weitere, bisher nicht erwähnte Komponente im Verbund von Faktoren, die das Altern als multidimensionales Geschehen erscheinen lassen und die Grenze von normalem zu krankhaftem Alternswandel verwischen. Gemeint sind die autoprotektiven kompensatorischen Mechanismen des alternden Organismus.
Die Altersveränderungen, vor allem im noch normalpsychologischen Bereich, können nicht nur unter dem Aspekt von Versagen, Abbau- und Aufbrauchserscheinungen gesehen werden. Es sind auch die Kräfte zu berücksichtigen, die als Schutz-, Sicherungs- und Existenzerhaltungsmechanismen diesen destruktiven Kräften entgegenwirken.

Die Kompensationsfähigkeit des Gehirns ist sehr weitgehend[63], ja beeindruckend. Beim harmonisch Alternden greifen die Abbau-, Schutz- und Anpassungsvorgänge einigermaßen fugenlos ineinander.
Der Übergang zu krankhaften Abbauerscheinungen dürfte u.a. auch dadurch charakterisiert sein, daß diese autoprotektiven und kompensatorischen Mechanismen der Situation nicht mehr Herr werden und schließlich die gänzliche Dekompensation eintritt[64].
Ursache dieser Dekompensation kann einmal ein Überhandnehmen der destruktiven Vorgänge sein, zum anderen ist eine Abnahme der Kompensationsfähigkeit möglich. Neben der quantitativen Zunahme der Störungen im Zuge des Altern ist in der Tat ein Nachlassen der Kompensations- bzw. Adaptationsfähigkeit dem Altern immanent.
Kanowski[65] faßt es als Grundgesetz:
"Mit zunehmendem Alter nimmt die interindividuelle Streubreite zu, die intraindividuelle Streubreite und damit die Adaptationskapazität hingegen ab."
Daß mit zunehmendem Alter die Fähigkeit des Körpers sich auf veränderte Umwelteinflüsse einzustellen nachlässt, gilt als gesichert, sodaß Verzàr die Verminderung der Adaptationsfähigkeit als konstantes Alternszeichen ansieht. Ausdruck dieser veränderten Adaptationsfähigkeit ist das Phänomen der Mikrosymptomatik[67] oder überhaupt der veränderten Symptomatik[68] im Alter. Das Symptom ist ja körperliche Reaktion auf einen exogenen Reiz, womit die Mikrosymptomatik anzeigt, daß diese Reaktionsfähigkeit vermindert ist.

Dieser Vorgang wird beispielsweise deutlich an der verminderten Reaktion der alten Menschen auf verschiedene Pharmaka: trotz Koffein und Pervitin schlafen sie gut[69].

Die Fähigkeit der Kompensation sich ändernder Umwelteinflüsse sinkt im Laufe des Lebens, bis schließlich im hohen Alter die Kompensationsfähigkeit soweit eingeengt ist, daß schon geringe äußere Reize und Umweltbedingungen zur Dekompensation der Anpassungsmechanismen führen können[70].
Dies gilt nicht nur für den physischen Bereich, sondern auch und besonders für die Psyche, die für die hier zu behandelnde Problematik von besonderem Interesse ist.

Das alternde Gehirn läßt sich mit Hoff[71] recht anschaulich und treffend mit einem alten Kraftfahrzeug vergleichen, das mäßigen Belastungen oft noch für längere Zeit gewachsen ist.
"Es gibt aber zwei Hauptmöglichkeiten um ein solches Fahrzeug in seiner Funktionsfähigkeit zusammenbrechen zu lassen:
1. Die Zerstörung bzw. der Verlust eines für die Bewegung unbedingt erforderlichen Teils und 2. eine funktionelle Überforderung des Fahrzeugs, etwa bei dem Versuch mit zu hoher Geschwindigkeit zu fahren oder eine beträchtliche Steigung zu nehmen."

Übertragen auf das Gehirn bedeutet das, daß in der Symptomatik völlig gleiche Dekompensationserscheinungen sowohl durch eine zusätzliche organische Veränderung (z.B. Durchblutungsstörung, Ischämie mit lokaler Nekrose) hervorgerufen werden können,

als auch durch eine übermäßige psychische Belastung, etwa in Form der Konfrontierung mit stark affektbetonten Ereignissen (Verlust des Ehepartners, Wechsel des Lebensraums[71] o.ä.) oder auch in Form von psychischem Streß.
Der Ortswechsel wird als geradezu klassische Grundsituation genannt[72], in der älteren Menschen die Anpassung an eine neue Situation nicht gelingt und schwere Depressionen entstehen können.
Daneben vermag der Ortswechsel auch noch eine andere Form der Dekompensation auszulösen, die delirante Verwirrtheit, wobei diese allerdings nur unter der Bedingung eines wenigstens latent vorgeschädigten Hirns auftritt. Hier reicht es mitunter sogar aus, wenn der Patient innerhalb derselben Station nur von einem Zimmer in ein anderes verlegt wird.

Damit wären auch die beiden bedeutendsten Erscheinungsformen der Dekompensation genannt: die depressive Reaktion und die delirante Verwirrtheit. Betrachtet man die Symptome der letztgenannten - Verlust des Namengedächtnisses, zeitliche und örtliche Desorientiertheit, nächtliche Unruhe - so sind dies die gleichen wie bei dem oben beschriebenem[73] organischen Psychosyndrom.

Akute Verwirrtheitszustände lassen sich nicht nur als Katastrophenreaktion, einer (organischen) Grundkrankheit superponiert, beschreiben, sondern es wird auch gesagt, daß eine beträchtliche Anzahl von Patienten mit akuter oder subakuter Verwirrtheit, bei denen keine organische Krankheit gefunden wurde, an solchen Katastrophenreaktionen leidet, aufgepfopft auf eine reaktive Depression[74].

Man kann also, wie Kanowski[72], schlußfolgern, daß sowohl psychische Belastung als auch sensorische Deprivation und körperliche Faktoren das gleiche Syndrom als Zeichen einer überforderten Adaptationsfähigkeit verursachen können. Das ergibt sich beispielsweise im Fall der deliranten Verwirrtheit.

An körperlichen Faktoren[75] können genannt werden Bronchopneumonie, Hypertonie, Herzinfarkt, Medikamenteneinwirkung, Toxämie bei Infektion oder auch Schock, die über einen plötzlichen Sauerstoffmangel zu akuten Verwirrtheitszuständen führen können, besonders dann, wenn Regionen betroffen sind, die bezüglich ihrer Blutversorgung bereits am Rande der Dekompensation stehen[76].

Nach Eintritt der senilen Dekompensation kann der Patient unter günstigen Umständen und evtl. mit therapeutischer Hilfe nach einiger, meist längerer, Zeit wieder in einen Zustand kommen, der frei von diesen Symptomen ist. Doch ist dieses Stadium nicht als Heilung anzusehen. Vielmahr ist es dem Gehirn nur wiederum möglich, die allernotwendigsten Funktionen zu erfüllen, allerdings nur in einer noch weitaus engeren Spielbreite wie vorher. Damit ist auch die Anfälligkeit größer und in der Intensität weit geringere Einflüsse der oben geschilderten Art können erneut zum Dekompensationssyndrom führen.
Untersucht man einen wieder erholten Patienten, etwa auch mit Hilfe von Testverfahren, so ist, trotz recht guter Wiederanpassung an die Umwelt, doch eine deutliche Senkung des Gesamtniveaus der Persönlichkeit festzustellen[71].

Betrachtet man die Situation der geriatrischen Patienten mit dem Nachlassen der Kompensationsfähigkeit, der Abnahme der Adaptationskapazität einerseits und der Zunahme physischer Behinderung, psychischer Belastungen (Verlust des Ehepartners, Ortswechsel) andererseits, so wird deutlich, daß die Mehrzahl der geriatrischen Patienten am Rande der Dekompensation lebt. In Anlehnung an die Darstellung der normalpsychologischen und krankhaften Altersveränderungen - und damit unter Rückkehr zum Ausgangspunkt der Betrachtungen - kann man auch sagen, daß sich die meisten von ihnen in dem schmalen Grenzbereich zwischen normal und pathologisch befinden.

Hinzu tritt nun die psychische Belastung in Form der Erkrankung, des Unfalls selbst, in Form der Einweisung in eine Klinik oder auch als psychischer Streß[77)] durch diagnostische Untersuchungen oder gar eine bevorstehende Operation.
All diese Komponenten treffen nun besonders in einem Zeitpunkt zusammen:
der Begegnung von Arzt und Patient im Arzt-Patienten-Gespräch.
Dem hier stattfindenden Anpassungsprozeß muß die Geriatrie, so Kanowski[72)], besondere Aufmerksamkeit widmen, weil der ältere Patient gegenüber fehlender oder fehlerhafter Kontaktaufnahme sehr empfindlich reagiert, aus vielen Gründen weniger gut kompensieren, oder über entstandene Schwierigkeiten hinwegsehen kann, also eben Adaptationsprobleme auch in diesem Bereich hat.

4. Diskussion

a. Tauglichkeit der rechtlichen Grundformel von Einwilligungsfähigkeit gür die Geriatrie

Die besonderen Vorgänge im Alter wurden als allgemeiner morphologischer Alternswandel und als speziell psychische Veränderungen dargestellt, ebenso als Nachlassen der autoprotektiven kompensatorischen Kräfte. Diese Faktoren machen deutlich, daß eine besondere Behandlung des geriatrischen Patienten gegenüber dem "normalen" Kranken angebracht ist.

Die in Rechtsprechung und Lehre gebräuchliche Grundformel der Einwilligungsfähigkeit als Einsichts- und Urteilsfähigkeit gerade für den vorzunehmenden Eingriff läßt nicht nur einen weiten Beurteilungsspielraum, sondern schafft diesen notwendigen Freiraum bewußt durch die Abwendung von Geschäfts-, Delikts- und Zurechnungsfähigkeit. Dadurch kann auch der besonderen Situation des älteren Patienten hinreichend Rechnung getragen werden, sodaß die derzeit geltende rechtliche Ausgestaltung der Einwilligungsfähigkeit ihre Gültigkeit auch für die Geriatrie behält. Der Arzt ist also in seiner Entscheidung über die Einwilligungsfähigkeit nicht gebunden an andere, grundsätzlich verwandte rechtliche Beurteilungen. Vielmehr kann und muß er jeden Fall mit seinen Eigenheiten gesondert behandeln.
Die Orientierung an der Grenze von normalpsychologisch zu krankhaften Störungen kann ihm dabei nur wenig helfen, da die Übergänge fließend sind und auch ein partiell Kranker im Einzelfall noch die für den bevorstehenden Eingriff nötige Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzen kann.

Der Gesundheitszustand allein läßt also noch keine verbindliche Schlußfolgerung auf die Einwilligungsfähigkeit zu. Doch ist es vielleicht möglich, einen anderen Anhaltspunkt, eine andere Leitlinie zu finden außerhalb des unmittelbaren Krankheitsbildes, womit dem Arzt eine Hilfe gegeben werden kann bei der Entscheidung, ob einwilligungsfähig oder nicht.

b. Mögliche Kriterien (Modelle) zur Behandlung alter Patienten hinsichtlich ihrer Einwilligungsfähigkeit

aa. Nach dem oben[78)] Dargelegten bietet sich die Gegenüberstellung kompensiert - einwilligungsfähig; dekompensiert - einwilligungsunfähig an, denn die Kompensationsfähigkeit entscheidet ja nicht nur mit über Grenze von normal zu pathologisch, sondern der Zustand der Dekompensation läßt sich auch relativ klar diagnostizieren. Aber es gibt doch Argumente, die gegen diese Gleichsetzung sprechen[79)].
Häufig kommt es vor, daß ein Patient momentan noch völlig klar erscheint und im nächsten Augenblick dekompensiert und wirr redet. Oft aber auch ist der Beginn psychischer Störungen nur schleichend, die Unterschiede von normal zu krankhaft nur graduell und das Urteil pathologisch - normal nur orientiert an der Intensität der auftretenden Störung.
Somit ist in vielen Fällen bereits die Entscheidung darüber, ob der Patient noch kompensiert ist, nicht so klar. Ist die Entscheidung dann doch gefallen, so läßt sich sicherlich sagen, daß der kompensierte Patient grundsätzlich einwilligungsfähig ist.
Auch läßt eine Dekompensation i.d.R. Einwilligungsunfähigkeit vermuten.

Doch auch wenn man sich der Behauptung, daß ja dekompensiert eo ipso einwilligungsunfähig bedeute, somit die Entscheidung über die Einsichts- und Urteilsfähigkeit stets die Entscheidung über kompensiert - dekompensiert sei, entgegenstellen will, so läßt die Betrachtung der Grenzfälle die eingangs erwähnte Gegenüberstellung trotzdem bedenklich erscheinen.
So kann etwa ein durch schwere somatische Krankheit geschwächter alter Mann eine gültige Rechtserklärung abgeben, wenn sein Bewußtsein nur zeitweilig vorhanden ist, weiterhin, wenn er zeitlich nicht genau, aber was seine Person betrifft, im wesentlichen richtig orientiert ist.
Auch ist ja die Einsichts- und Urteilsfähigkeit in Bezug zum bevorstehenden Eingriff zu sehen, so daß die Anforderungen an diese Fähigkeit - anders als die Anforderung an die Kompensation - unterschiedlich ausfallen werden je nachdem, ob es etwa um das Entfernen eines Splitters geht oder z.B. eine komplizierte Herzoperation.

Der kompensierte oder dekompensierte Zustand des Patienten ist sicherlich ein Anahltspunkt für das Vorliegen von Einwilligungsfähigkeit. Eine strenge Gleichsetzung kann aber aus den angeführten Gründen kaum eine taugliche Hilfe sein.

bb. Die Geriatrie und die Pädiatrie haben gemeinsam den Charakter als Medizin eines Lebensabschnittes, sodaß eine analoge Behandlung möglich erscheint[80]. Doch sind auch die Gegensätze nicht zu übersehen, fehlt es etwa in der Geriatrie an materieller und psychischer Identität[81], tritt hier das Krankheitsgeschehen oft in Form der Multimorbidität auf und

gelten auch für diesen Lebensabschnitt keine so präzisen Definitionen wie etwa für das Lebensalter des Kindes, des Heranwachsenden, des Jugendlichen.

Die Rechtsprechung hat erkannt, daß beim Minderjährigen die Grenze von einsichtsfähig zu nicht einsichtsfähig nicht so streng gezogen werden kann, daß man sie nicht nach dem Kalender bestimmen, dem Jugendlichen vor Erreichen des Volljährigkeitsalters auch die Einsichtsfähigkeit generell nicht absprechen kann. So gilt denn, daß es beim Minderjährigen auf den individuellen Reifegrad ankommt, wobei die Frage der Urteilsfähigkeit nicht generell, sondern in Bezug auf den konkreten Eingriff zu beurteilen ist[82]. Ausgangspunkt ist auch hier eine von der Geschäftsfähigkeit unabhängige und auch mit der Schuld- oder Deliktsfähigkeit nicht identische Einsichts- und Urteilsfähigkeit in dem Sinne, daß der Einwilligende Wesen, Bedeutung und Tragweite des gegen ihn gerichteten Eingriffs voll zu erfassen imstande ist[83].
Liegt danach Einwilligungsfähigkeit vor, so muß der Wille des gesetzlichen Vertreters grundsätzlich außer Betracht bleiben[84].
Betrachtet man die Rechtsprechung, so ist festzustellen, daß immer noch eine Orientierung am Kalenderalter erfolgt[84]. Dies hat grundsätzlich auch seine Berechtigung, da i.d.R. der Minderjährige mit zunehmendem Alter auch an Reife gewinnt. Eine Streuung des Reifegrades innerhalb einer Gruppe von nach dem Kalender gleichaltrigen Minderjährigen ist vorhanden, doch hält sie sich in bestimmten Grenzen (etwa beim unterschiedlichen Einsetzen der Pubertät).

In der Geriatrie können nun beim Einzelnen biologisches und chronologisches Alter sehr stark voneinander abweichen[86]. Dadurch bedingt ist in einer Gruppe gleichaltriger älterer Menschen die Streubreite von biologischem Alter, das in dem Vergleich dem Reifegrad des Minderjährigen entspricht, ungeheuer groß, inbesondere was die geistige Frische anbelangt. Dies zeigt, daß eine analoge Behandlung von Minderjährigem und älterem Menschen grundsätzlich nicht möglich ist.

Einer entsprechenden Behandlung dieser beiden Personengruppen wird amn aber insofern zustimmen müssen, als daß beim älteren Menschen psychische Besonderheiten ebenso vorliegen wie beim Minderjährigen. Wird beim Minderjährigen auf den individuellen Reifegrad abgestellt, so könnte beim älteren Menschen der "individuelle Grad fortgeschrittenen oder vorzeitigen Alterns" als Maßstab gelten.
Dabei muß jedoch die größere interindividuelle Streubreite beachtet werden.

Das bedeutet, daß beim älteren Menschen wesentlich mehr die individuelle Persönlichkeit unabhängig vom Kalenderalter Berücksichtigung finden muß.
Dies sollte gelten für die rechtliche Beurteilung von Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter allgemein und besonders im Hinblick auf die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit, wobei die letztgenannte ja auch vom Arzt vorgenommen wird.

cc. Als Anahltspunkt für psychisches Kranksein nennt Wunderli[87] den "Verlust der Selbständigkeit" und das "Leiden".

Munnichs[88] bezeichnet die Betrachtung der "Verrichtungen des täglichen Lebens" und der Möglichkeit ihrer Wahrnehmung als zweckmäßige Methode um die funktionelle Gesundheit zu erforschen. Er nimmt dies als Ausgangspunkt für eine eventuelle Aufnahme des Betroffenen in ein Pflege- oder Altenheim.

Der Gesetzgeber bestimmt, ein Volljähriger (der nicht unter Vormundschaft steht) kann, wenn er infolge körperlicher Gebrechen (insbesondere weil er taub, blind oder stumm ist) "seine Angelegenheiten nicht zu versorgen vermag" einen Pfleger für seine Person (oder sein Vermögen) erhalten.
Unter Gebrechen fallen auch solche geistiger Art[89].

Die genannten Formulierungen beziehen sich jeweils auf einen bestimmten Bereich und meinen dann wohl auch (insbesondere Munnichs) die in diesem Bereich anfallenden Tätigkeiten. Somit sind sie schon aus diesem Grunde als Anhaltspunkt für den Arzt unbrauchbar, hat er doch fast regelmäßig keinen oder zu wenig Einblick in diese, meist privaten, Bereiche. Bekommt er einen gewissen Einblick, etwa bei Klinik-, Kur- oder Sanatoriumspatienten, so müssen diese Formulierungen als Kriterium versagen, da sie sich doch hauptsächlich auf manuelle Fertigkeiten beziehen oder einfach zu allgemein gehalten sind.

dd. Es existieren sehr umfangreiche und recht präzise Testverfahren zur Feststellung von Intelligenz und geistigen Fähigkeiten, auch speziell für die Anwendung bei Menschen in höheren Lebensalter, so etwa nach Oswald[90]. Doch sind diese allgemein zu umfangreich und daher für den praktisch tätigen Arzt unbrauchbar.

Sie sind wohl entwickelt und bestimmt zur Erhebung von Basisdaten für die gerontologische, gerontopsychiatrische Forschung.

Daneben gibt es jedoch auch einige sogenannte Kurz-Tests, so etwa von Warschawski/Spiegel[91], Koschlig[92] oder Lehrl/Burkhardt[93].
Sie können eine entscheidende Hilfe darstellen für den Arzt, der über die Einwilligungsfähigkeit seines geriatrischen Patienten entscheiden muß. Doch findet sich hier auch der Hinweis, daß bei begründetem Verdacht bzw. wenn von der Entscheidung über den Geisteszustand schwerwiegende Folgen abhängen, ein gründliches psychiatrisches Verfahren unerlässlich sei. Dies zeigt doch den eingeschränkten Einsatzbereich solcher Kurz-Verfahren. Außerdem setzt ihre Anwendung wohl einen bereits vorhandenen Verdacht des Arztes voraus, denn dieser dürfte wohl kaum jeden Patienten beispielsweise über 60 jahre einem solchen Test unterziehen.
Bedenkt man hier die Zweck/Mittel-Relation, so ist zu fragen, ob der Arzt das, was ihm der Kurz-Test vermittelt nicht auch schon durch das übliche Arzt - Patient - Gespräch herausfinden kann. In vielen Fällen dürfte ein solcher Test - etwa ein Wortauswahl-Test - das Verhältnis Arzt-Patient wohl auch belasten und das Vertrauen des Patienten, der sich plötzlich auf seinen Geisteszustand hin geprüft sieht, zu seinem Arzt erschüttern.

ee. Die Frage, ob der geriatrische Patient noch oder schon nicht mehr einwilligungsfähig ist, stellt sich nun nicht nur bei speziell neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen oder Begutachtungen, sondern auch und vielleicht häufiger

wenn der geriatrische Patient wegen andersartiger Beschwerden den Arzt oder die Klinik aufsucht. Im ersten Fall ist bereits durch den Ausgangspunkt von Diagnose und Therapie, nämlich durch die Art der Beschwerden wie etwa Fallneigung, Desorientiertheit, Schwindel, Ohrensausen, die "Marschrichtung" für den Arzt vorgegeben. Hier werden psychische Störungen, die sich auf die Einwilligungsfähigkeit auswirken können wohl gewissermaßen automatisch berücksichtigt werden.

Problematisch wird es eigentlich erst, wenn der geriatrische Patient im Zusammenhang mit eben nicht primär psychischen Beschwerden dem Arzt begegnet, sei es dem Chirug wegen einer Magenoperation, dem Orthopäden wegen einer Oberschenkelfraktur oder dem Internisten wegen einer Pneumonie.
Doch auch hier benötigt der Arzt eine wirksame Einwilligung. Müßte nun jeder Arzt regelmäßig eine psychiatrische Untersuchung vornehmen, so wäre das zeitlich und im Vergleich von Aufwand und Erfolg äußerst unangemessen.
Es sollte vielmehr dabei bleiben, daß der Arzt im normalen Arzt-Patient-Gespräch auf Grund seiner Erfahrung und seines gesunden Menschenverstandes herausfindet, "wes Geistes Kind der Patient" ist. Er braucht keine exakte psychiatrische Begutachtung vornehmen, auch wenn er sich in jedem kritischen Fall vergewissern muß, wie es mit den Geistes- und Willenskräften des Patienten steht[94].

ff. Zusammenfassend beurteilt bieten der jeweilige Kompensationszustand sowie eine an die Behandlung des Minderjährigen angelehnte Beurteilung vielleicht den einen oder anderen wichtigen Anhaltspunkt für die Entscheidung über die Einwilligungsfähigkeit des geriatrischen Patienten.

Doch die Übergänge von normal zu pathologisch sind gerade im psychischen Bereich fließend, der Beginn psychiatrischer Erkrankungen oft schleichend. Altern ist multifaktoriell und äußerst individuell. Daher kann und soll es keine starren Regeln geben, sie würden der Individualität des Alterungsprozesses nicht genügend Rechnung tragen. Es bleibt daher Sache des Arztes im Einzelfall über die Einwilligungsfähigkeit seines geriatrischen Patienten zu entscheiden. Ist dabei auch eine vollständige psychiatrische Untersuchung nicht möglich und nicht nötig, so können ihm doch einige Gesichtspunkte der psychiatrischen Begutachtung von Nutzen sein.

Wichtigste Bedingung ist die Fixierbarkeit, wie Drietomszky[95] es nennt im Rahmen seiner Ausführungen um die Einsichtsfähigkeit im Grenzbereich von normalem und pathologischem Senium. Gemeint ist damit die Fähigkeit des Patienten, auf die im Laufe des Kontaktprozesses aufgeworfenen Fragen so zu reagieren, daß aus seinen Reflexionen klar hervorgeht, daß er die Situation richtig verstanden hatte.

Notwendige Voraussetzungen dafür stellen Orientierungsfähigkeit, Einprägungsfähigkeit und die Merkfähigkeit an Gedächtnisinhalten dar.

Dazu ist aber auch wieder der Einzelfall zu beachten, so daß etwa ein somatisch schwerkranker alter Mensch, der nur zeitweilig bei Bewußtsein ist und weiterhin zeitlich nicht genau, aber seine Person betreffend im wesentlichen richtig orientiert ist, eine gültige Rechtserklärung abgeben kann[96]. Auch sollte er seine Absicht, wenigstens grob begründen können.

Betreffs der Intelligenz sind unentbehrliche Voraussetzungen, daß der alte Mensch die minimale Fähigkeit zum praktischen Denken beweist, seine Stellungnahme nicht von inhaltlichen Denkstörungen (Wahnideen o.ä.) beeinflußt wird, er über minimal notwendige Kenntnisse hinsichtlich des Eingriffs verfügt.

Dies festzustellen bedarf es grundsätzlich keiner exakten psychiatrischen Begutachtung. Normalerweise wird der Arzt im Gespräch, sei es bei der Anamnese oder im Rahmen der Aufklärung über den beabsichtigten Eingriff, auf Grund seiner Erfahrung im Umgang mit Menschen in der Lage sein, die geistige Verfassung seines Patienten zu beurteilen[97].

Diese Methode, im normalen Gespräch herauszufinden, ob der Patient einwilligungsfähig ist oder nicht, dürfte im Normalfall ausreichend und für den Arzt zumutbar sein. Er hat also im Einzelfall nach seiner Erfahrung und im Hinblick sowohl auf die Individualität des Patienten, als auch auf den konkreten Eingriff die Entscheidung über Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu treffen.

Nach Ansicht Grahlmann's[98] sollte an die Urteilsfähigkeit insoweit kein allzu enger Maßstab gelegt werden, als daß in einer derartigen Situation - insbesondere im Vitalbereich - die Einwilligung zumeist ohnehin nicht viel anderes ist als die instinktive Äußerung eines Vitalinteresses, das die rationale Beurteilung der Situation emotional verlagert oder gar verhindert. Eine solche Einwilligung kann nur dann nicht wirksam sein, wenn es offensichtlich ist, daß der Einwilligende ohne jede Überlegung seine "Entscheidung" getroffen hat.

Dieser Gedanke, entwickelt im Zusammenhang mit Heilbehandlung und Heilversuch, könnte auch in der Geriatrie in vergleichbaren Situationen seine Berechtigung haben.

5. Konsequenzen der Entscheidung über die Einwilligungsfähigkeit

Hat der Arzt nun seine Entscheidung über Einsichts- und Urteilsfähigkeit getroffen, so ergeben sich je nach Ergebnis unterschiedliche Konsequenzen für sein weiteres handeln.

a. nicht einwilligungsfähig
Fehlt dem volljährigen Patienten die Willensfähigkeit, so entfällt damit keineswegs das Erfordernis der Einwilligung als Rechtfertigungsgrund. "Sie ist vielmehr von demjenigen zu erteilen, der an Stelle des Kranken nach entsprechender Belehrung zu entscheiden hat, ob der Eingriff durchgeführt werden soll. Das sind entgegen der Meinung mancher Ärzte nicht ohne weiteres die nächsten Angehörigen des willensunfähigen Kranken[99)]".
Es kommt vielmehr auf die Erklärung des gesetzlichen Vertreters an. Dies gilt in dem Fall, daß der Patient geschäftsunfähig ist, d.h. "sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist." (§ 104 Nr.2 BGB)
oder "wegen Geisteskrankheit entmündigt ist" (§ 104 Nr.3 BGB). Dies gilt auch, wenn der Kranke in der Geschäftsfähigkeit beschränkt ist (§ 114 bzw. § 1906 iVm § 106 BGB).

Fehlt es an einem gesetzlichen Vertreter, so muß für den einwilligungsunfähigen Patienten ein Pfleger bestellt werden, der dann zu entscheiden hat, § 1910 BGB[100].

Bei Gefahr im Verzuge kann der Arzt die Angehörigen befragen, um den mutmaßlichen Willen des Patienten (etwa bei einem Unfall) zu ermitteln. Dabei sind aber die Aussagen von Verwandten grundsätzlich mit Vorsicht zu genießen, ebenso wie die von Vertretern. Die Motivationen für die Gestattung oder Ablehnung eines Eingriffs können sehr vielfältiger Art sein und sind nicht unbedingt allein in der Sorge um das Wohl des Kranken verwurzelt. Nur allzuoft mögen persönliche, finanzielle, erbrechtliche oder andere Gesichtspunkte mehr die Entscheidung bestimmen[101].

Kann nur rasches Handeln eine erhebliche oder Lebensgefahr beseitigen (vitale Indikation) und ist die Einholung der Einwilligung vor dem Eingriff nicht möglich, etwa weil der Patient selbst bewußtlos oder nicht einwilligungsfähig ist und weil andere Sorgeberechtigte (Pfleger, Vormund) nicht rechtzeitig befragt werden können, weil sie nicht zu erreichen sind[102], so kann der Arzt den Eingriff ohne ausdrückliche Einwilligung vornehmen. Dieser ist dann von der mutmaßlichen Einwilligung des Patienten gedeckt, denn es ist dann anzunehmen, daß die Hilfe des Arztes dem mutmaßlichen Willen des Patienten bzw. des Sorgeberechtigten entspricht. Ist der Patient nämlich einwilligungsunfähig, so tritt ja an die Stelle seiner Einwilligung diejenige seines Vertreters (gesetzlicher Vertreter, Pfleger). Also ist bei Gefahr im Verzuge auch nicht seine mutmaßliche Einwilligung maßgeblich, sondern die seines Vertreters. Die mutmaßliche Einwilligung ist rechtstechnisch als Ersatz der tatsächlich erteilten Einwilligung zu sehen[103].

Nicht ganz sicher ist, auf welchen Rechtsgrund sich die rechtfertigende Kraft der mutmaßlichen Einwilligung stützt. Das Zivilrecht etwa wendet die Grundsätze der Geschäftsführung ohne Auftrag an[104]. Eine rechtfertigende Geschäftsführung ohne Auftrag liegt dann vor, wenn die Übernahme "dem Interesse und dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen" des Patienten entspricht (§ 683 BGB) und wenn sie weiter in ihrer Durchführung dem "Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen" gemäß ist (§ 677 BGB). Betrachtet man die Ähnlichkeit der Formulierungen, so erscheint die Kritik von Bockelmann[105], diese Konstruktion helfe nicht weiter, nicht ganz ungerechtfertigt.

Sicher ist jedoch, daß ein zur Abwendung von ernster oder gar Todesgefahr notwendiger Eingriff nicht unterbleiben darf, weil die Einwilligung des Betroffenen oder seines Vertreters nicht rechtzeitig eingeholt werden kann. Hier ist dann der Eingriff durch die mutmaßliche Einwilligung gedeckt.

b. Unsicherheit in der Entscheidung

Zwar wird man regelmäßig zu einer Entscheidung über die Einwilligungsfähigkeit kommen müssen und können, doch wird mitunter ein Rest von Zweifel bleiben. Für diese Fälle könnte der Vorschlag von Grahlmann[106] eine Hilfe sein: "Gibt es keinen "klaren" Willen des Patienten oder ist dieser wegen seines Alters, seiner psychischen und physischen Konstitution zu einer entsprechenden Willensbildung überhaupt nicht fähig, so stellt sich hier, wie in allen übrigen Bereichen des Arztrechtes die Frage nach der Absicherung.

Ein möglichst optimales Absicherungskriterium, so scheint es, liegt in diesen Fällen in der "doppelten" Einwilligung etwa...des Pflegers und eines unabhängigen Arztes" oder des Patienten und des Pflegers bzw. Vertreters. Dabei ist jedoch zu beachten, daß man sich auf jeden Fall der Einwilligung dessen versichert, der aller Wahrscheinlichkeit nach die Kompetenz zur Abgabe dieser Erklärung hat. Kollisionsprobleme, also Entscheidungen über gegenteilige Ansichten, wären im Einzelfall zu lösen.

c. einwilligungsfähig

Ist die Entscheidung dahingehend gefallen, daß der Patient die für den bevorstehenden Eingriff nötige Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzt, so ist die Einwilligung des Patienten selbst wirksam, wenn alle übrigen Wirksamkeitsvoraussetzungen vorliegen.
Was aber ist zu tun, wenn der einwilligungsfähige Patient seine Einwilligung verweigert?
Im Alter findet man oft das Bild von Starrsinn[107], das Beharren auf der eigenen Meinung, die Unlenkbarkeit etwa im Anfangsstadium der Demenz[108].
"Der alte Mensch begegnet seinen Schwächen durch eine konservative und starrköpfige Haltung..."[109]
Die Starrköpfigkeit ist fast regelmäßig im Erscheinungsbild alter Menschen zu finden.
Somit ist die Verweigerung der Einwilligung häufig durch Motive bedingt, die für den Außenstehenden nicht so ohne weiteres einsichtig sind.
Hier kann der Arzt wohl nur versuchen, durch Geduld, gründliches Gespräch und sorgfältige Aufklärung den Kranken soweit zu bringen, daß dieser den Entschluß noch einmal sorgsam überdenkt und dann vielleicht doch dem notwendigen Eingriff zustimmt.

Auf keinen Fall aber darf der Arzt den Eingriff gegen den erklärten Willen des Patienten durchführen, mag die Ablehnung auch noch so unvernünftig erscheinen[110], ja selbst wenn die Verweigerung zum Tode führte. Da ein eindeutiger, ausdrücklich erklärter Wille vorliegt, greifen die Regeln über die mutmaßliche Einwilligung in dem Falle nicht ein.

Ist der Patient als einwilligungsfähig hinsichtlich des bevorstehenden Eingriffs beurteilt, so schließt sich nun die ärztliche Aufklärung über diesen Eingriff an.

III. Aufklärung durch den Arzt als Wirksamkeitsvoraussetzung

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen der therapeutischen und der Selbstbestimmungs-Aufklärung. Der therapeutischen Aufklärung bedient sich der Arzt etwa um den Patienten zu schonender Lebensweise, Enthaltsamkeit, Diät, sportlicher Betätigung zu bestimmen, indem er ihm seine Krankheit oder seine Anfälligkeit oder eine ihm drohende Gesundheitsgefahr erläutert.

Davon zu unterscheiden ist die der Selbstbestimmung des Patienten dienende Aufklärung. Ist die therapeutische Aufklärung schon durch die lex artis geboten[111], ergibt sich die Selbstbestimmungsaufklärung aus dem Erfordernis einer inhaltlich irrtumsfreien und deshalb entsprechend vorausinformierten Einwilligung[112]. Grundlage - und damit Wirksamkeitsvoraussetzung der Einwilligung - muß also auch sein die richtige Einsicht in alle die Umstände, die nötig sind, damit der Einwilligende die Einwilligung als Akt der freien Selbstbestimmung abgibt[113].

Auch eine rein therapeutische Aufklärung kann alle für diese Einsicht notwendigen Informationen vermitteln. Im Einzelfall können Adressat der ärztlichen Selbstbestimmungsaufklärung und Adressat der therapeutischen Hinweise auseinanderfallen[114].

Die der Selbstbestimmung des Patienten dienende Aufklärung mit dem Ziel, eine irrtumsfreie und damit insofern wirksame Einwilligung zu ermöglichen, hat sich an den zu richten, der die wirksame Einwilligung erteilen kann. Ein Urteilsunfähiger braucht nicht aufgeklärt zu werden.

1. Inhalt und Umfang der Aufklärungspflicht im allgemeinen

   Aus dem unübersehbaren Schrifttum[115] und den zahlreichen Urteilen von Ober- und Bundesgerichten zur Aufklärungspflicht des Arztes lassen sich einige Grundlagen herausstellen.

   Ziel der Selbstbestimmungsaufklärung[116] muß es sein, dem Patienten Art, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs jedenfalls in seinen Grundzügen erkennbar zu machen, um ihm eine Abschätzung von Für und Wider des Eingriffs zu ermöglichen[117].

   Umfang und Intensität der Aufklärung lassen sich nicht abstrakt festlegen, sondern sind an der konkreten Sachlage auszurichten[118], wobei der Genauigkeitsgrad der Aufklärung in dem Maße zunimmt, in dem der Dringlichkeitsgrad des Eingriffs abnimmt:

   Je leichter aufschiebbar und je weniger geboten die Heilmaßnahme aus der Sicht eines verständigen Patienten erscheint, desto weitgehender ist die Aufklärungspflicht[119]; so insbesondere etwa bei rein prophylaktischen, diagnostischen Maßnahmen[120]. Umgekehrt kann sich auch der Arzt umso eher mit einer mehr pauschalen Aufklärung begnügen, wenn es um eine unaufschiebbare oder

gar lebensrettende Maßnahme geht[121]. Auch wird ein verständiger Patient umso mehr mit gewissen Gefahren rechnen müssen, je schwerwiegender der Eingriff seiner Natur nach ist[122]. Außer Frage steht, daß jedenfalls über die Vornahme eines Eingriffs überhaupt aufgeklärt werden muß[123].

Die Kriterien für das rechte Maß der Aufklärung hat der Bundesgerichtshof 1962 in einem Erkenntnis verdeutlicht[124], unter Modifizierung der Elektroschock- und Strahlenurteile von 1959[125]. Nach dem Urteil des Gerichts solle es genügen, wenn der Kranke im großen und ganzen wisse, worin er einwillige. Über gesundheitsschädliche Nebenwirkungen ärztlicher Heilmaßnahmen müsse er grundsätzlich ebenso ins Bild gesetzt werden, wie über die drohende Möglichkeit gesundheitlicher Einbußen im Zuge der Behandlung. Indessen komme es an auf die Art der möglicherweise eintretenden Folgen, die Größe der Gefahr ihres Eintritts im gegebenen Fall und auf das Gewicht des Risikos im Verhältnis zu den Konsequenzen, die für den Patienten im weiteren Ablauf seiner Krankheit zu erwarten wären, wenn der vorgesehene Eingriff oder die geplante Medikation unterbliebe.
"Auf Gefahren, die sich so selten verwirklichen und deren Hervortreten auch in dem Falle des betreffenden Patienten so wenig wahrscheinlich ist, daß sie bei einem verständigen Menschen in seiner Lage für den Entschluß, in die Behandlung einzuwilligen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen, braucht der Patient nicht hingewiesen werden"[126].

Das Maß der Aufklärung über mögliche Schadensfolgen richtet sich nicht so sehr nach allgemeinen Feststellungen über die Komplikationshäufigkeit, sondern es kommt vielmehr auf den voraussichtlichen Verlauf gerade im einzelnen Fall an[127].

Es zeigt sich deutlich, daß Wert darauf gelegt wird, den Patienten individuell zu beurteilen, das erforderliche Maß der Aufklärung gerade in Bezug zum konkreten Fall zu setzen.
Aus diesem Grunde sind die in der Geriatrie herrschenden Besonderheiten bei der Aufklärung zur Erlangung der Einwilligung beim alten Patienten in starkem Maße zu berücksichtigen.

2. In der Geriatrie zu beachtende Besonderheiten

Von den in der Geriatrie gegenüber "normalen" Kranken sich anders abspielenden Vorgänge sind einige für Aufklärung und Einwilligung von herausragendem Interesse.

a. Multimorbidität
Ein Charakteristikum im Erscheinungsbild des geriatrischen Patienten ist das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten, die bei der Behandlung berücksichtigt werden müssen, die Multimorbidität.

Hier ist es wichtig, die einzelnen Krankheiten diagnostisch zu analysieren um eine Schwerpunktdiagnose stellen zu können in dem Sinne, daß eine Krankheit die schwerwiegendste ist (Hauptdiagnose), die eventuell auch die größte akute Gefahr für den Patienten darstellt und der

daher die vorrangige Aufmerksamkeit zu schenken ist. Die Schwerpunktdiagnose bildet dann die Grundlage für die Schwerpunkttherapie, denn wenn auch die Krankheiten oft synchron auftreten, so ist eine synchrone Therapie selten angebracht. Die Differentialdiagnose und die ihr verwandte Differentialtherapie[129] sind hier wegen der umfassenden Krankheitssymptome besonders schwierig durchzuführen und verlangen große Erfahrung. Ein falsch gesetzter Schwerpunkt ist ebenso schwerwiegend wie eine Fehldiagnose - mit allen fehlerhaften therapeutischen Konsequenzen[128]. Zu unterscheiden sind u.a. kombinierte Krankheiten mit kausalem Zusammenhang von lediglich begleitenden Erkrankungen ohne Kausalzusammenhang.

Die Bedeutung der Multimorbidität läßt sich mit Zahlen[130] belegen:

Bei einer Untersuchung von 140 Patienten über 70[131] ergaben immerhin 67% bei den Männern bzw. 80% bei den Frauen 4 oder mehr Diagnosen. Auch über Fälle von 7 oder gar 10 verschiedenen Krankheiten wird berichtet. Dabei sind diese Krankheiten durchaus nicht immer der einfachen Diagnose zugänglich, es handele sich ja doch ständig um die gleichen, typischen daher bekannten und erwarteten krankhaften Altersveränderungen. Schwierig ist es, weil andere Krankheiten hinzutreten und die klassischen Altersleiden oft verdecken.

Nicht erkannt werden oft auch sogenannte "stumme" Krankheiten[132], bei denen die Gefahr besteht, daß sie durch eine falsche Therapie geweckt werden.

Hier, wie überhaupt zu diesem großen Gebiet, ist eine gründliche und umfangreiche Anamnese eine gute Möglichkeit zu richtiger Diagnose und Therapie.

Zur Verdeckung und damit zur Verkennung in der Diagnose tragen auch die starken kompensatorischen Kräfte des Menschen bei.
So werden Krankheiten oft nur zufällig erkannt, z.B. Entdeckung eines Linksschenkelblocks oder häufig eines Diabetes bei der Durchuntersuchung nach einer Schenkelhalsfraktur[131].

Die Multimorbidität erschwert somit nicht nur die Behandlung der geriatrischen Patienten, sondern bringt auch zusätzliche Risiken und Gefahrenmomente mit sich, die den nötigen Umfang der Aufklärung in der Geriatrie erweitern.

b. Pharmakotherapie im Alter

Die Multimorbidität und die damit verbundene notwendige Therapie bringt es oft mit sich, daß dem Patienten mehrere Arzneimittel gleichzeitig verabreicht werden müssen, wobei jedes wirksame Medikament irgendwelche Nebenwirkungen haben kann. Hier ist besonders darauf zu achten, daß sich diese Medikamente nicht in der Wirkung behindern[133] oder sonst unerwünschte Nebenwirkungen zeigen oder verstärken. Patienten über 60 Jahre müssen (statistisch) ohnehin schon dreimal häufiger mit Nebenwirkungen rechnen. Dies addiert sich natürlich mit der Zahl der gleichzeitig gegebenen Arzneimittel. Dabei sind wegen der unübersehbaren Anzahl von Kombinationsmöglichkeiten die Wechselwirkungen oft nicht erforscht und daher kaum vorhersehbar[134].

Beim alten Menschen kommen nun noch andere Probleme hinzu[135], die die Wirkungsweise z.T. erheblich verändern können. Zum einen sind hier die oft im Alter auftretenden Funktionsstörungen zu nennen wie verringerte Ausscheidungsfunktion der Niere, Hypoproteinämie usw., allgemein Störungen von Resorption, Verteilung und Elimination. Oft ist aber auch "nur" eine altersabhängige Empfindlichkeit auf Arzneimittel die Ursache einer abweichenden Reaktion. Als tieferer Grund hierfür ist die mit fortschreitendem Alter steigende Störanfälligkeit der Regulation wichtiger Körperfunktionen zu nennen[134].

Diese Gesichtspunkte, besonders die möglichen Komplikationen, zeigen die differenziertere Ausgestaltung der Pharmakotherapie im fortgeschrittenen Alter, die ihre Berücksichtigung auch in der Aufklärung finden soll.

Daneben ist aber auch die Auswirkung der Medikamente auf die psychische Verfassung des Patienten und damit auf die Einwilligungsfähigkeit zu beachten. Zusätzliche Gefahren ergeben sich hier nicht nur aus der Vielzahl gleichzeitig applizierter Arzneimittel, sondern auch aus der alterstypisch veränderten Empfindlichkeit auf Arzneimittel und erhöhten Störanfälligkeit der Regulationssysteme, wodurch von einem normalerweise relativ harmlosen Mittel mitunter erhebliche psychische Nebenwirkungen hervorgerufen werden können.

c. Adaptation - Kompensation

Die Zunahme von Störungen, die kompensiert werden müssen, einerseits und die Abnahme dieser Kompensationskräfte andererseits führen dazu, daß die Mehrzahl der geriatrischen Patienten am Rande der Dekompensation steht[136].

Es wurde ebenfalls gezeigt, daß nicht nur organische, sondern auch psychische Ereignisse zur Dekompensation führen können, wenn sie auf einen bereits latent vorgeschädigten Organismus treffen.

Wie erläutert, ist der Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht ein recht weitgehender, insbesondere wenn erhebliche Komplikationen erwartet werden, wie wohl allgemein in der Geriatrie, oder der Eingriff nicht dringend indiziert ist. So ist der Patient etwa über das, in der Geriatrie fast regelmäßig, erhöhte Operationsrisiko aufzuklären, widrigenfalls die Operation bei Auftreten eines solchen erhöhten Risikos u.U. abgebrochen werden muß[137]. Andererseits stellt sich aber angesichts des zunehmenden Umfangs der Aufklärungspflicht unddes gesundheitlichen Zustands des Patienten die Frage, wann eine Aufklärung ganz oder teilweise unterbleiben kann.

3. Kontraindikation der Aufklärung, insbesondere in der Geriatrie

Grundsätzlich sind Kontraindikationen von den Gerichten nur in begrenztem Maße anerkannt.

Sie lassen eine Einschränkung der Aufklärungspflicht nur da zu, wo besondere, in der Persönlichkeit des einzelnen Kranken liegende, forensisch greifbare Umstände eine ernste und unbehebbare Gefahr für seine Gesundheit erwarten lassen[138].

Dabei ist zu beachten, daß insbesondere die Sorge, die Auskunft werde den Patienten in Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit stürzen, das Schweigen des Arztes grundsätzlich nicht rechtfertigen soll. Indessen sollte der Arzt schwerwiegende psychisch indizierte Bedenken berücksichtigen können[139]. Das bloße "Herabdrücken der Stimmung oder des Allgemeinbefindens" könne nicht genügen[140]. Das Eintreten der Dekompensation mit ihren negativen Folgen dürfte aber wohl als so schwerwiegend gewertet werden, daß diese Gefahr ein Schweigen des Arztes rechtfertigen könnte. Ob jedoch eine zu weit gehende Aufklärung auslösendes Moment einer Dekompensation sein kann, ob überhaupt die konkrete Gefahr einer Dekompensation besteht, das ist im Hinblick auf die Persönlichkeit gerade des einzelnen Kranken zu entscheiden.

Es sei noch erwähnt, daß eine Aufklärung auch insoweit entbehrlich ist, als das der Patient bereits anderwertig hinreichend vorausinformiert erscheint, etwa auf Grund eigener Sachkunde[141], oder anderwertig[142].

D. Dokumentation und Beweissicherung

Nach angemessener Aufklärung und erfolgter Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters (Pfleger, Vormund) empfiehlt es sich, dieses auch zu dokumentieren. Die Form der Einwilligung ist unerheblich[143], so ist insbesondere keine Schriftform vorgeschrieben für Aufklärung oder Einwilligung, ja die Einwilligung kann auch durch schlüssiges Handeln erfolgen[144].

Doch in den arztrechtlichen Prozessen haben sich die Gewichte verlagert und es ist eine Tendenz deutlich erkennbar: Immer stärker tritt neben den Vorwurf eines Behandlungsfehlers, der zunächst weit im Vordergrund stand, die Geltendmachung einer unterlassenen oder unvollständigen Aufklärung. Die bei Gericht geltende Beweislastregel macht die Aufklärungspflicht geradezu zum Auffangtatbestend[145]: Hat der Patient grundsätzlich den Behandlungsfehler zu beweisen, so muß umgekehrt der Arzt die Einwilligung des Patienten und damit dessen hinreichende Aufklärung beweisen, will er den Prozess nicht verlieren.

Der Vorwurf mangelnder Aufklärung bringt den klagenden Patienten also leichter ans Ziel, ohne daß es ihm weniger eintragen würde[146]. Diese gerichtliche Praxis der Beweislastverteilung läßt Kliniken und Ärzte immer stärker zu beweissichernden Maßnahmen greifen, die das Arzt-Patient-Verhältnis durchaus belasten können.

I. Aufnahmevertrag mit dem Krankenhausträger

Inhalt und Umfang der Aufklärung sind auf den konkreten Patienten und die dadurch bedingte spezielle Ausgestaltung des bevorstehenden Eingriffs auszurichten. Dadurch wird deutlich, daß allein mit Unterzeichnung der Aufnahmebedingungen einer Klinik noch

nicht von einer wirksamen Einwilligung des Patienten ausgegangen werden kann, selbst wenn diese Bedingungen einen entsprechenden Passus oder gar eine Klausel wie "Einwilligung in alles, was jetzt mit ihm geschieht" enthalten sollten.

II. Behandlungsvertrag und Einwilligung

Wenn auch die Aufklärungspflicht des Arztes ihre Grundlage im Behandlungsvertrag findet, sogar als Hauptpflicht[147)], so sind doch Behandlungsvertrag und Einwilligung streng zu trennen. Der Minderjährige etwa oder ein psychisch Kranker[148)] kann zwar unter bestimmten Voraussetzungen eine wirksame Einwilligung abgeben, doch bleibt der Mangel in seiner Geschäftsfähigkeit und damit die Unfähigkeit zum Abschluß eines wirksamen Behandlungsvertrages davon unberührt.

III. Vordruck - Formular

Das Formular als beweissichernde Maßnahme für Aufklärung und Einwilligung breitet sich im medizinischen Bereich immer mehr aus. Seine Einsatzmöglichkeiten sind wohl von Fach zu Fach verschieden, doch sind positive Erfahrungen bzgl. kleinerer Eingriffe und Standardoperationen zu verzeichnen.
Dabei sollten jedoch die Nachteile des Formulars nicht verkannt werden. Auf den Patienten haben sie wohl keine besonders gute Wirkung, machen sie ihn doch glauben, er solle jetzt die alleinige Verantwortung für alles übernehmen. Auch könnte er annehmen, daß es jetzt, wo es schriftlich wird, auch besonders kritisch wird. Dies sind Aspekte, die das Arzt-Patienten-Verhältnis durchaus belasten. Doch die Arzt-Haftpflicht-Prozesse sind ein ebensolches Belastungsmoment, und es ist durchaus logisch, daß sich der Arzt im Zuge dessen abzusichern sucht.
In diesem Zusammenhang sollte aber das Formular nicht als allheilendes Beweismittel gesehen werden:

es versagt dann in seiner Bestimmung, wenn nicht über das aufgeklärt wurde, auf das es später ankommt. Und der Arzt kann ja auch unter Umständen verpflichtet sein, über sehr seltene Risiken aufzuklären, so die Rechtsprechung[149].
Die Vielfalt möglicher Nebenwirkungen läßt sich nun nicht kasuistisch erfassen, sodaß eine abschließende Aufzählung im Rahmen eines Formulars, das für viele Patienten gelten soll, oft nicht möglich ist.

IV. Das DokuBuch

Es besteht jedoch die Möglichkeit, für bestimmte kleinere Eingriffe und Standardoperationen das Wesentliche erschöpfend festzuhalten. So beschreibt Kuhlmann[150] den amerikanischen Versuch, Aufklärung mit Hilfe eines buchähnlichen, z.T. bebilderten Dokumentes vorzunehmen (DokuBuch) und somit beweisbar zu machen, hier am Beispiel eines Angiogramms.

Das Dokument erklärt den Eingriff, berichtet über verschiedene Aspekte der Behandlung einschließlich der möglichen Risiken, erklärt die voraussichtlichen Vorteile der Behandlung und zeigt Alternativen dazu auf.

Kuhlmann weist darauf hin, daß das DokuBuch das Arzt-Patient-Gespräch nicht ersetzen soll, sondern es soll dieses Gespräch vorbereiten, bei dem Patienten Verständnis für die Grundprobleme wecken und somit eine gute Ausgangsposition für das anschließende Gespräch verschaffen, ihm auch mehr Zeit geben für eventuelle Fragen, zu denen er nach der Rechtsprechung verpflichtet sein kann[151]. Das Buch informiert sachlich, ohne den Patienten zu etwas zu "überreden".

Das Buch, in das die Namen der beiden Gesprächspartner eingetragen werden, verbleibt im Besitz des Patienten. Er unterschreibt eine Erklärung, daß er das Buch entgegengenommen und Gelegenheit gehabt hat, es zu lesen. Er kann auch zum Ausdruck bringen, daß er das Lesen des Werkes ablehnt. Das DokuBuch kann so dem Arzt Zeit und Arbeit ersparen und dem Patienten und auch dem Arzt ein qualitativ besseres Arzt-Patient-Informationsgespräch ermöglichen.

Weiterhin bietet sich diese Form durch mögliche Übersetzung zur Aufklärung ausländischer Patienten an, möglicherweise ein neuer Weg, um zumindest bei Standardeingriffen die Rechtsprobleme mit Aufklärung und Einwilligung zu behaben.

Die Vorteile für die Geriatrie liegen auf der Hand: Der Patient hat mehr Zeit zur Information, was gerade beim alten Menschen wichtig ist, der doch etwas "langsamer" ist. Auch die Bebilderung hilft beim Verständnis der für Ältere mitunter schwer verständlichen Vorgänge.

V. Weitere Möglichkeiten

Ähnliche Verwendung, wenn auch in geringerem Umfang, findet etwa ein fachspezifisches Formular für Standard-Operationen, wie Laufs[152)] es vorstellt. Auch das empfiehlt sich übersetzt für ausländische Patienten.

Ansonsten hat der Arzt noch die Möglichkeiten des Tonbandes oder als Beweismittel das Krankenblatt, uaf dem Aufklärung und Einwilligung vermerkt werden können. Für welches Mittel er sich entscheidet, oder ob er im Interesse der Schonung des Patienten auf ein solches verzichtet, muß der Arzt im Einzelfall selbst entscheiden.

Die Entwicklung der Arzt-Haftpflicht-Prozesse und die herrschende Beweislastverteilung lassen es angeraten erscheinen, dem Arzt eine schriftliche Dokumentation von Aufklärung und Einwilligung zu empfehlen. Die universellsten Einsatzmöglichkeiten bietet dabei wohl das Formular mit genügend Raum für Ergänzungen im Einzelfall oder auch das Krankenblatt.
Zur vollen Ausschöpfung der Möglichkeiten soll noch hingewiesen werden auf die Form der antezepierten, also zeitlich vorweggenommenen Einwilligung für den Fall, daß der Patient bald einen Zustand der Einwilligungsunfähigkeit erreichen könnte[153].
Dies kommt vor etwa bei den in Schüben verlaufenden psychiatrischen Erkrankungen.

E. Schlußbetrachtungen

Altern ist ein multidimensionaler Vorgang, wobei alle am Vorgang des Alterns beteiligten Faktoren eng ineinander greifen. Altern ist äußerst individuell was seinen Beginn, die Geschwindigkeit seines Fortschreitens und den Befall der einzelnen Teilbereiche des intellektuellen Leistungsvermögens anbelangt.

Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit als Einsichts- und Urteilsfähigkeit hat grundsätzlich in jedem Fall neu zu erfolgen und zwar in Bezug zum konkreten Eingriff und zum speziellen Patienten.

Im Rahmen der Aufklärung als Wirksamkeitsvoraussetzung der Einwilligung sind einige Faktoren in der Altersmedizin besonders zu beachten:
Multimorbidität, Besonderheiten bei der Pharmakotherapie und die Tatsache, daß die Mehrzahl der geriatrischen Patienten am Rande der Dekompensation steht. Dabei ist ein weiterer Aspekt zu berücksichtigen: Eine zu weitgehende Aufklärung birgt die Gefahr in sich, als übermäßige psychische Belastung zum auslösenden Moment der Dekompensation zu werden. Diese Gefahr, die dargestellte Vielzahl von Faktoren in ihrem Wechselspiel, die besondere Lage des geriatrischen Patienten und der ständig wiederkehrende Hinweis auf die Beobachtung der konkreten Situation zeigen aber auch die außerordentliche Problemlage des Arzt-Patient-Gesprächs in der Geriatrie und die daraus resultierende besondere Belastung des Arztes bei der Einholung der Einwilligung mit der vorausgehenden Aufklärung. In der Judikatur wird dies, so scheint es, zu wenig beachtet. Der Schwerpunkt in den Arzt-Haftpflicht-Prozessen verlagert sich immer mehr auf den Vorwurf mangelhafter Aufklärung und nicht wirksamer Einwilligung, ein für den Patienten recht einfacher Weg zum Erfolg infolge der Beweislastverteilung zu Lasten des Arztes.

Die Rechtsprechung ist sehr streng in ihren Maßstäben, sodaß Ärzten und Kliniken nur ein Ausweg bleibt, nämlich sich schriftlich und formell abzusichern. Beide Faktoren wirken sehr belastend auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, die Fronten verhärten sich immer mehr. Und wenn gefordert wird, die Lage müsse sich entspannen, wenn davor gewarnt wird, an Stelle ärztlichen Denkens ein "Rückversicherungsdenken" treten zu lassen (Schewe), so darf das nicht einseitig zu Lasten des Arztes geschehen. Ein Ausweg - unter Besserstellung des Arztes - könnte sein, die besondere Situation des Arzt-Patienten-Gesprächs um Aufklärung und Einwilligung speziell in der Geriatrie mit der Situation des Prüfungsgesprächs zu vergleichen. Das Prüfungsgespräch nämlich unterliegt nach ständiger Rechtsprechung nur bedingt einer gerichtlichen Überprüfung wegen der Einmaligkeit und Nicht-Wiederholbarkeit der Prüfungssituation. Würde man den Arzt dem Prüfer entsprechend behandeln, so würde das die doch sehr schwache Rechtsposition des Arztes deutlich stärken. Rechtsdogmatisch könnte diese Angleichung etwa auf der Stufe des Verschuldens vorgenommen werden. Stellt man, in letzter Konsequenz, die Nichtnachprüfbarkeit im Rahmen des Verschuldensmaßstabes fest, so könnte das bedeuten: bei Vorliegen der besonderen Situation ist im Einzelfall die erforderliche Sorgfalt vom Arzt selbst zu definieren.

Doch auch wenn man nicht so weit gehen will, würde eine Berücksichtigung dieses Gedankens von der Einmaligkeit der Situation zu einer Entlastung des Arztes führen, damit zur Entspannung und letztendlich zum Wohle des Patienten beitragen.

F. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit versucht, die Beziehungen darzulegen, die zwischen den Veränderungen im Alter und den Rechtsgrundsätzen um die Einwilligung des Patienten bestehen.

Trotz heftiger Kritik ist nach ständiger Rechtsprechung noch immer jeder ärztliche Eingriff eine Körperverletzung i.S. der §§ 223ff StGB. Der Einwilligung des Betroffenen kommt daher als rechtfertigendem Element zentrale Bedeutung für die Straffreiheit zu.
Diese rechtfertigende und damit strafbefreiende Wirkung zeigt die Einwilligung aber nur, wenn sie auch wirksam abgegeben wurde. Dazu müssen einige Bedingungen erfüllt sein, auf die im Einzelnen unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Alternswandels eingegangen werden soll.

An allgemeinen Voraussetzungen sind hier vor allem zu nennen, daß der Einwilligende Inhaber des verletzten Rechtsgutes und zur Disposition darüber befugt sein muß. Auch muß die Einwilligung vor dem Eingriff erfolgen, im Zeitpunkt des Eingriffs fortbestehen, nach außen hervortreten und den Eingriff in personeller und gegenständlicher Hinsicht abdecken. Der Arzt muß dabei in Kenntnis der Einwilligung handeln.

Zwei Wirksamkeitsvoraussetzungen kommen gerade in der Geriatrie besondere Bedeutung zu, nämlich der Einwilligungsfähigkeit, die u.U. von altersbedingten Veränderungen direkt beeinflußt wird, und der Selbstbestimmungsaufklärung durch den Arzt, die speziell in der Altersmedizin durch die dort vorherrschenden Eigentümlichkeiten eine besondere Prägung erfährt.

Die Einwilligungsfähigkeit läßt sich rechtlich definieren als "eine von der Geschäftsfähigkeit unabhängige und auch mit der Schuld- und Deliktsfähigkeit nicht identische Einsichts- und Urteilsfähigkeit

in dem Sinne, daß der Einwilligende Wesen, Bedeutung und Tragweite des gegen ihn gerichteten Eingriffs voll zu erfassen imstande ist"[22].

Diese Fähigkeit wird im allgemeinen als vorhanden angenommen. Sie kann aber durch eine gewichtige psychische Störung beeinträchtigt sein. Die besonderen Vorgänge, die sich im Verlauf des Alterns abspielen, können eine solche Störung bedingen. Arteriosklerose und altersbedingte Atrophie sind wohl die wichtigsten Ursachen für die Morbidität und Behinderung alter Menschen. Ihre Auswirkungen lassen sich auch am Gehirn beschreiben. Sie können einen solchen Einfluß auf die Psyche des Betroffenen haben, daß dieser nicht mehr als einwilligungsfähig bezeichnet werden kann.

Im Alter sind allgemeine Charakterveränderungen zu beobachten, insbesondere Altersstarrsinn und eine Verschärfung bereits vorhandener Charakterzüge. Auch lassen sich typische psychopathologische Krankheitstypen herausstellen, wie die präsenile und senile Demenz, die auch als primäre hirnorganische Erkrankungen bezeichnet werden und wahrscheinlich mit Aufbrauch und Degeneration des Hirnparenchyms zusammenhängen. Parenchymschwund ist schließlich auch die Folge der sekundären Hirnerkrankungen, die etwa auf Funktionsstörungen infolge Gefäßerkrankungen beruhen (Arteriosklerose).

Die morphologischen Veränderungen im Alter äußern sich in Störungen von Aufmerksamkeit und Auffassung, in Labilität und Abstumpfung der Emotionen, sowie als Denkstörungen i.S. einer Herabsetzung der Begriffs- und Vorstellungsstärke und einer Einengung der Assoziationen. Bei stärkerer Ausprägung spricht man auch vom organischen Psychosyndrom[38].

Zu diesen vielfältigen somatischen Einflüssen auf den Alterungsprozess treten noch psychologische und soziale Faktoren hinzu. Damit wird eine Definition des "Alterns" schwierig, wenn nicht gar unmöglich.

Das Altern ist insgesamt gesehen ein multidimensionaler Vorgang, wobei alle daran beteiligten Faktoren eng ineinander greifen. Altern ist äußerst individuell was seinen Beginn, die Geschwindigkeit seines Fortschreitens und den Befall der einzelnen Teilbereiche des intellektuellen Leistungsvermögens anbelangt. Die Übergänge von normalen Altersvorgängen zu krankhaften Störungen sind fließend.

Die Altersveränderungen können aber nicht nur unter dem Aspekt von Versagen, Abbau und Aufbrauchserscheinungen gesehen werden. Es sind auch die Kräfte zu berücksichtigen, die als Schutz-, Sicherungs- und Existenzerhaltungsmechanismen den destruktiven Kräften entgegenwirken, die autoprotektiven kompensatorischen Mechanismen. Beim harmonisch Alternden greifen Abbau-, Schutz- und Anpassungsvorgänge einigermaßen fugenlos ineinander. Werden die Schutzmechanismen der Situation aber nicht mehr Herr, tritt Dekompensation ein. Dafür kommen zwei Ursachen in Betracht:
einmal ein Überhandnehmen der destruktiven Vorgänge, zum anderen eine Abnahme der Kompensationsfähigkeit. Auslösendes Moment kann ein zusätzlicher organischer Ausfall sein (Ischämie mit lokaler Nekrose) oder auch funktionelle Überbelastung (etwa Konfrontation mit stark affektbetonten Ereignissen). Die bedeutendsten Erscheinungsformen der Dekompensation sind die depressive Reaktion und die delirante Verwirrtheit.

Somatische Abbauvorgänge und Nachlassen der Kompensationsfähigkeit, Zunahme physischer Behinderung und psychischer Belastung (Ruhestand, Verlust des Ehepartners) machen deutlich, daß die Mehrzahl der

geriatrischen Patienten am Rande der Dekompensation lebt, im Grenzbereich von normalem und pathologischem Alterswandel. Dies läßt eine besondere Behandlung des älteren Patienten gegenüber "normalen" Kranken angebracht erscheinen, was auch bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von Bedeutung ist.

Die in Rechtsprechung und Lehre gebräuchliche Grundformel von der Einwilligungsfähigkeit als Einsichts- und Urteilsfähigkeit für eben den vorzunehmenden Eingriff kann auch in der Geriatrie beibehalten werden, da sie nicht nur den nötigen Beurteilungsspielraum läßt, sondern auch durch die Abwendung von Geschäfts-, Delikts- und Zurechnungsfähigkeit diesen notwendigen Freiraum bewußt schafft. Damit kann in jedem Fall der besonderen Situation des geriatrischen Patienten Rechnung getragen werden. Der Arzt ist also in seiner Entscheidung über die Einwilligungsfähigkeit insofern nicht gebunden, er kann und muß jeden Fall mit seinen Eigenheiten gesondert beurteilen.

Dabei vermag ihm der Zustand kompensiert oder dekompensiert wohl einen Anhaltspunkt geben, ebenso wie ein Vergleich mit der Behandlung des Minderjährigen. Doch die Übergänge von normal zu pathologisch sind gerade im psychischen Bereich fließend, der Beginn psychiatrischer Erkrankungen oft schleichend, sodaß ein allgemeinverbindlicher, fester Anhalt zur Beurteilung nicht gegeben ist.

Aber Gesichtspunkte der psychiatrischen Begutachtung können dem Arzt bei seiner Entscheidung über die Einwilligungsfähigkeit von Nutzen sein. Wichtigste Bedingung soll hier die Fixierbarkeit[95)] sein, d.h. die Fähigkeit des Patienten, auf die im Laufe des Kontaktprozesses aufgeworfenen Fragen so zu reagieren, daß aus seinen Reflexionen klar hervorgeht,

daß er die Situation richtig verstanden hat. Dies wird der Arzt normalerweise im üblichen Arzt-Patienten-Gespräch feststellen und auf Grund seiner Erfahrung im Umgang mit Menschen beurteilen können, "wes Geistes Kind der Kranke ist"[97].

Das Urteil über die Einwilligungsfähigkeit hat Konsequenzen aus rechtlicher Sicht für das weitere Handeln des Arztes. Ist der geriatrische Patient nicht einwilligungsfähig, entfällt damit nicht das Erfordernis der Einwilligung als Rechtfertigungsgrund.
Ist der Patient auch geschäftsunfähig, kommt es auf die Erklärung des gesetzlichen Vertreters an.
Fehlt ein solcher, so ist ein Pfleger zu bestellen, der dann zu entscheiden hat. Bei vitaler Indikation, bei Gefahr im Verzuge kann das Handeln des Arztes durch die mutmaßliche Einwilligung gedeckt sein.
Ist der Patient einwilligungsfähig, so ist allein seine Entscheidung maßgeblich.
Ein Eingriff gegen den erklärten Willen ist grundsätzlich nicht statthaft.

Nach der Einwilligungsfähigkeit ist die Selbstbestimmungsaufklärung die zweite Wirksamkeitsvoraussetzung mit besonderer Bedeutung. Ihr Ziel muß es sein, dem Patienten Art, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs jedenfalls in seinen Grundzügen erkennbar zu machen, um ihm eine Abschätzung von Für und Wider des Eingriffs zu ermöglichen[117]. Umfang und Intensität der Aufklärung sind an der konkreten Sachlage auszurichten. Das bedeutet für den Fall des geriatrischen Patienten, daß die hier vorliegenden Besonderheiten im Krankheitsbild in starkem Maße zu berücksichtigen sind.
Als solche sind vor allem zu nennen die Multimorbidität, die speziellen Verhältnisse bei der Pharmakotherapie und der u.U. labile Kompensationszustand.

Da als auslösendes Moment der Dekompensation auch starke Affektbelastung oder psychischer Streß in Betracht kommen, ist die letztgenannte Komponente von großer Wichtigkeit bei der Aufklärung.
Eine grundsätzlich erforderliche sehr weitgehende Aufklärung, etwa über mögliche Nebenwirkungen, könnte hier für den Kranken eine ernste und unbehebbare Gefahr für seine Gesundheit erwarten lassen[138]. Dies hätte dann Einschränkung der ärztlichen Aufklärungspflicht in dem speziellen Falle zur Folge. Dabei ist aber zu beachten, daß Kontraindikationen von den Gerichten nur in begrenztem Maße anerkannt sind. Das bloße "Herabdrücken der Stimmung oder des Allgemeinbefindens"[140] soll noch nicht genügen.

In den arztrechtlichen Prozessen tritt neben den Vorwurf eines Behandlungsfehlers immer stärker die Geltendmachung einer unterlassenen oder unvollständigen Aufklärung. Dies bringt den Kläger leichter ans Ziel, weil hier der Arzt beweispflichtig ist für die Einwilligung und damit die hinreichende Aufklärung des Patienten.
Obwohl für die Einwilligung keine Form vorgeschrieben ist, empfiehlt es sich aus den genannten Gründen nach erfolgter Aufklärung und Einwilligung diese auch zu dokumentieren. Dies kann je nach Art des Eingriffs und der konkreten Sachlage in unterschiedlicher Weise geschehen:
etwa mittels eines Formulars, eines DokuBuches, eines Vordrucks mit Raum für spezielle Ergänzungen, mit Hilfe eines Tonbandes oder auch auf dem Krankenblatt. Welches Mittel der Arzt wählt oder ob er auf ein solches verzichtet, muß er im Einzelfall selbst entscheiden.

G. Literaturverzeichnis

1) seit RGSt 25, 375;

2) BGH NJW 1974, 604;

3) vgl. Schönke/Schröder: Strafgesetzbuch, Kommentar 20. Aufl., C.H.Beck München 1980, § 223 Rdnr. 34ff;

4) so die h.L. vgl. etwa Bockelmann: Strafrecht des Arztes, Stuttgart 1968, S 67ff;
Engisch, ZStW 58, 5 (mit anderem rechtstheoretischen Ansatz);
Schmidt, Eb., Arzt im Strafrecht, S 69ff;

5) s.o. B I;

6) BGHZ 29, 176;
auch BGHZ NJW 1956, 1106;

7) z.B. BGHZ 29, 33;
Gitter, Münchner Kommentar zum BGB 1978, 94 vor § 104;

8) Schönke/Schröder (s.Ziffer 3) Vorbem §§ 32ff Rdnr. 39;

9) Bockelmann (s.Ziffer 4) S 54;

10) in Anlehnung an Schönke/Schröder (s.Ziffer 3) Vorbem §§ 32ff, Rdnrn. 35ff;

11) so die h.M.; vgl etwa:
BayObLG NJW 1968, 665;
OLG Celle MDR 1969, 69;
OLG Oldenburg NJW 1966, 2132;
Baumann, Strafrecht, Allgemeiner Teil, 8. Aufl. Bielefeld 1977, S 332;
Hirsch, Leipziger Kommentar (LK^{9}) 107 vor § 51;
Jescheck, Lehrbuch des Strafrechts, AT, 3. Aufl. Berlin 1978, S 307;

12) BGHZ NJW 1961, 261;
BGHZ NJW 1966, 1855;

13) z.B. BGHSt 7, 295; 17, 359;
Hirsch, Leipziger Kommentar (LK^{9}) 108 vor § 51;

14) z.B. RGSt 25, 382;
Jescheck (s.Ziffer 11) S 309;

15) vgl. OLG Oldenburg NJW 1966,2133;

16) BGH NJW 1974, 604:

17) so etwa Eser, Juristischer Studienkurs Strafrecht I und II, 2.Aufl. 1976, I Nr. 8a;
Jescheck (s.Ziffer 11) S 308;

18) Bockelmann (s.Ziffer 4) S 61:

19) Schmidt, Eb., Gutachten für den Deutschen Juristentag, S 106f;

20) vgl. Dreher, StGB Kommentar, C.H.Beck München, 37. Aufl. 1977, vor § 32, Rdnr. 3;

21) BGHZ 29, 33 (speziell für den Heileingriff);
BGH NJW 1964, 1177; 1974, 1950;
OLG Celle MDR 1960, 136;
OLG München NJW 1958, 633;

22) Hollmann, Aufklärungspflicht des Arztes unter besonderer Berücksichtigung der Neurochirurgie, Diss. Würzburg 1969, S 67;

23) Schönke/Schröder (s.Ziffer 3) Vorbem §§ 32ff, Rdnr.40;

24) dazu Hollmann, A., Das ärztliche Gespräch mit dem Patienten, NJW 1973, S 1395;
Schönke/Schröder (s.Ziffer 3) § 223, Rdnr. 38 m.w.N.;

25) Scheidegger in Martin/Junod, Ein kurzes Lehrbuch der Geriatrie, Bern-Stuttgart-Wien 1975, S 279ff;

26) Schulte/Tölle in Schettler, Alterskrankheiten, 2.Aufl. Stuttgart 1972, S 67;

27) Bürger, M., Altern und Krankheit als Problem der Biomorphose, 4. Aufl. Leipzig 1960;

28) Brocklehurst/Hanley/Martin, Geriatrie für Studenten, Darmstadt 1978, S 37;

29) Wunderli, J., Mensch und Altern, 3. Aufl. Basel-München 1979, S 38;

30) z.B. Finke, J., Zur Problematik seelischen Alterns in Med. Welt 1964, 233;

31) Gloor, F., Senile Involution und Alterskrankheiten der menschlichen Niere in morphologischer Sicht, Schweiz. Med. WSchr. 91, 38 (1961);

32) Müller, Chr., Manuel de géronto-psychiatrie, Masson & Cie, ed. Paris, 1969, I vol., 275p;

33) so etwa Schulte/Tölle (s.Ziffer 26) S 66ff;

34) z.B. Flügel, Psychiatrische Forschung in der Geriatrie, in: Heilmeyer/Holtmeier/Schulte, Geriatrie S 146;

35) Poppe, W., Möglichkeiten der Unterscheidung normalen und pathologischen Alternswandels als Kriterium der forensischen Beurteilung nicht psychotischer alter Menschen, in Zeitschrift für Alternsforschung 26, S 297 (1972/73);

36) Schulte/Tölle (s.Ziffer 26) S 67ff;

38) Bleuler, E.und M., Lehrbuch der Psychiatrie, 14.Aufl. 1979, S 193ff;

39) Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 253. Aufl. Berlin;

40) vgl Elkins, H.K., in Huhnsock/Kutscha (Hrsg), Therapie in der Praxis, S 815f;

41) Hoff, H., Die pathologische Dekompensation des Alternsprozesses, in Doberauer, W., Medizinische und soziale Altersprobleme, Wien 1958, S 181ff;

42) Flügel (s.Ziffer 34) S 147;

vgl auch Wieck, H.H., Zur neuropsychiatrischen Systematik in der Geriatrie, in actuelle gerontologie 2, S 641-644 (1972);

43) so Bleuler (s.Ziffer 38) S 603;

auch Schulte/Tölle (s.Ziffer 26) S 84;

44) Kolle, K., Psychiatrie, München 1961, S 335;

45) s.o. B II 1;

46) Langelüddeke, A., Gerichtliche Psychiatrie, 3.Aufl. 1971, S 267;

47) nach Elkins, H.K., (s.Ziffer 40) S 815f;

48) Gal, P., Mental disorders of advanced years, in Geriatrics 14, S 224ff (1959);

49) Steingrüber, H.J., Grundlagen psychischer Störungen, in Kerekjarto, M.v.,Medizinische Psychologie, 1974, S 246;

50) so etwa Lehr, U., Zur Psychologie des Alterns, Stereotypien und Erkenntnisse, in act geront 1, 17;

Schaeffer, G., Zur Psychologie des Alterns und des Alters, in Zeitschr f. Alternsfo 33, S 79ff (1978);

Lehr, U., Psychologische Aspekte einer Psychotherapie, in Böhlau, Alter und Psychotherapie, S 65ff;

51) z. B. Brocklehurst/Hanley/Martin (s.Ziffer 28) S31;

Rosenmayr, L., Das Altersproblem vom Standpunkt der Soziologie, in Doberauer (s.Ziffer 41) S 419;

52) so Brocklehurst/Hanley/Martin (s.Ziffer 28) S 31;

Wunderli (s.Ziffer 29) S 33;

Jansen, Gerontopathologie, in Zeitschrift für Gerontologie 4, S 302;

53) Wunderli (s.Ziffer 29) S 29;

Jansen (s.Ziffer 52) S 301;

54) Langen, Die ärztliche Begutachtung älterer Menschen, in Zeitschrift für Gerontologie 10, S 499;

55) Müller, Chr., Psychiatrie, in Hauss/Oberwittler, Geriatrie in der Praxis, Berlin-Heidelberg-New York 1975, S 157;

56) Brocklehurst/Hanley/Martin (s.Ziffer 28) S 27, 67;

57) Gsell, O., Alter und Krankheit, in Das Altern, Fakten und Probleme, S 196;

58) Böhm/Wolfram, Zur Frage der Grenzziehung zwischen Psychologie und Psychopathologie im höheren Lebensalter, in Z. Alternsforsch. 33, S 39;

59) Schulte/Tölle (s.Ziffer 26) S 67;

60) s.o. C II 2 b aa;

61) Schott, Akute und chronische psychiatrische Krankheitsbilder des höheren Lebensalters, ihre Diagnostik und Therapie, in Z. Alternsforsch. 30, S 305;

62) Oesterreich, K., Psychiatrie des Alterns, Heidelberg 1975, S 24;

63) dazu Kraemer in Nervenarzt 1956, S 152;

64) Schulte/Tölle (s.Ziffer 26) S 66, 70;

65) Kanowski, S., Probleme der Adaptation aus psychiatrischer Sicht, in act geront 4, S 657-663 (1974);

66) Verzàr, Biologische Veränderungen im Alter, in Martin/Junod (s.Ziffer 25) S 23;

67) Rühland, W., Die Mikrosymptomatik im Alter, in Doberauer, scriptum geriatricum 16, München-Berlin-Wien 1975, S 33;

68) Schulz, F.H., Besonderheiten der Symptomatik und Diagnostik bei alten Menschen, in scriptum geriatricum 16 (s. Ziffer 67) S 12;

69) Birkmayer/Danielczyk, Die vegetative Regulationsfähigkeit im Alter, in Doberauer (s.Ziffer 41) S 195;

70) Sima/Brüschke/Schmidt, Klinische Gesichtspunkte der Adaptation im Alter, in Z.Alternsforsch 27, 337;

71) Hoff, H., (s.Ziffer 41) S 181;

Zur Auswirkung des Wechsels des Lebensraumes und zu verwandten Problemen auch Hoff, H., in Doberauer, Handbuch der praktischen Geriatrie Band II, Stuttgart 1969, S 665;

72) Kanowski (s.Ziffer 65) S 657ff;

73) s.o. C II 2 b bb und Ziffer 38;

74) Tiggelen, von, C.J.M., Akute Verwirrtheitszustände in der Geriatrie (eine Hypothese), in act geront 7, S 499;

75) vgl auch Libow, L.S., J. Am. Ger. Soc. 3 (1973), S 112, Übersicht über die physischen Krankheiten, die eine akute Verwirrtheit bei alten Leuten verursachen können;

76) Brocklehurst/Hanley/Martin (s.Ziffer 28) S 37;

77) Sima/Brüschke/Schmidt (s.Ziffer 70) S 338;

78) Zu Adaptation - Kompensation auch oben C II 3;

79) Kanowski (s.Ziffer 65) S 658ff;

80) Schubert, R., in Schubert/Störmer, Schwerpunkte in der Geriatrie 1, München, S 7;

Brüschke/Voigt, Die Pädiatrie - wichtiger Partner für die Geriatrie?, in Dtsch. Gesundheitswesen 25, S 813;

81) Störmer, A., Die Aufgaben des praktischen Arztes in der Geriatrie, in Schwerpunkte 1 (s.Ziffer 80) S 15;

82) z.B. BGHSt 12, 379;
BayObLG VRS 53, 349;
Schönke/Schröder (s.Ziffer 3) Vorbem §§ 32ff Rdnr.40;

83) s.o. C II 1;

84) Schönke/Schröder (s.Ziffer 3) Vorbem §§ 32ff Rdnr.40;

85) BGHZ 29, 33 = NJW 1959, 811 (nach Maßgabe des alten Volljährigkeitsrechts);
Laufs, A., Arztrecht, 2. Aufl. München 1978, S 44;

86) Wunderli (s.Ziffer 29) S 29;
Langen (s.Ziffer 54) S 162;
Brocklehurst/Hanley/Martin (s.Ziffer 28) S 26;

87) Wunderli (s.Ziffer 29) S 66;

88) Munnichs, Beurteilung der Validität im Alter, in act gerontol 1, S 751 (1971);

89) dazu etwa Palandt, BGB Kommentar, 33. Aufl., München 1974, zu § 1910 Rdnr. 2;

90) Oswald, W.D., Psychometrische Verfahren und Fragebogen für gerontopsychologische Untersuchungen, in Z. Gerontol 12, S 341 (1979);

91) Warschawski/Spiegel, Eine neue geriatrische Testbatterie, in Fortschritte der Medizin 97, S 845ff;

92) Koschlig, G., Zur Tauglichkeitsdiagnostik bei Altersveränderungen, in Verkehrsmedizin 24, S 93ff (1977);

93) Lehrl/Burkhardt, Empirische Untersuchungen zur Möglichkeit extrem kurzer Intelligenztests für den ärztlichen Gebrauch, in Psychotherapie und medizinische Psychologie 29, S 147-155 (1979);
Kutter, D., Schnelltests, 3.Aufl. München 1969;

94) so auch Bockelmann (s.Ziffer 4) S 55;

95) Drietomszky, E., Handlungsfähigkeit im höheren Lebensalter, in Z. Alternsforsch 26, S 317;

96) Drietomszky (s.Ziffer 95) S 319;

97) so im Ergebnis Bockelmann (s.Ziffer 4) S 55;

98) Grahlmann, H.G., Heilbehandlung und Heilversuch, 1977, S 52;

99) BGHZ 29, 46 = NJW 1959, 811;

100) so Laufs (s.Ziffer 95) S 45;

101) so auch Grahlmann (s.Ziffer 98) S 53;
bzgl. des Heileingriffs auch Engisch, in ZStW 58 (1959) 1/43ff;

102) dazu auch Spann/Liebhardt, Ärztliche Rechts- und Berufskunde, in Schwerd, W.,(Hrsg), Rechtsmedizin, 2. Aufl. 1976, S 276;

103) Schönke/Schröder (s.Ziffer 3) Vorbem §§ 32 ff Rdnr.56;

104) vgl. Weitnauer, H., Fragen der ärztlichen Verantwortung in zivilrechtlicher Sicht, in Der Betrieb 1961, Beilage Nr. 21, 1-8 (5);

105) Bockelmann (s.Ziffer 4) S 61, insbesondere dort Anmerkung (64);

106) Grahlmann (s.Ziffer 98) S 53;

107) Schulte/Tölle (s.Ziffer 26) S 68;

108) Drietomszky (s.Ziffer 95) S 319;

109) Ajuriaguerra/Tissot, Alterspsychologie, in Martin/Junod (s.Ziffer 25) S 31;

110) Spann/Liebhardt (s.Ziffer 102) S 276;

111) Schönke/Schröder (s.Ziffer 3) § 223 Rdnr. 35;

112) BGHSt 11, 113f;
Hirsch, Leipziger Kommentar (LK^9), §226a Anm 14;

113) Bockelmann (s.Ziffer 4) S 57;

114) BGH NJW 1970, 511 (für den Fall eines Minderjährigen);

115) vgl Bockelmann (s.Ziffer 4) S 57, dort insbesondere auch Anmerkung (40);

116) Geilen, G., Einwilligung und ärztliche Aufklärungspflicht, Bielefeld 1963, S 80ff;
Schönke/Schröder (s.Ziffer 3) § 223 Rdnr. 40;

117) BVerfG NJW 1979, 1929ff;
BGHZ 29, 51, 180;
BGH NJW 1956, 1106;
OLG Hamm MDR 1963, 520;

118) BGHZ 29, 53;
Bockelmann (s.Ziffer 4) S 60;
Hirsch (s.Ziffer 13);

119) BGHSt 12, 382f;
BGH NJW 1972, 335;
OLG Stuttgart NJW 1973, 560;
OLG Hamm NJW 1976, 1157;
Laufs (s.Ziffer 85) S 40ff;

120) BGH NJW 1971, 1887; 1979, 1934;

121) BGHSt 12, 382;
BGH VersR 1960, 478;
Hirsch (s.Ziffer 13);

122) BGH NJW 1976, 364;

123) vgl BGH NJW 1978, 2337;

124) NJW 1963, 393;

125) BGHZ 29, 46 und 176 = NJW 1959, 811 und 814;

126) Zum Ganzen: Laufs (s.Ziffer 85) S 40ff;
Schönke/Schröder (s.Ziffer 3) § 223 Rdnrn. 40ff;
Bockelmann (s.Ziffer 4) S 57ff, m.w.N.;

127) BGH NJW 1961, 2203;
vgl auch OLG Düsseldorf NJW 1963, 1679;
OLG Karlsruhe NJW 1966, 399;

128) Schubert, R., Klinische Bedeutung in der Geriatrie, in Schwerpunkte in der Geriatrie 2: Multimorbidität, München, S 7;

129) Schubert, R., Differentialtherapie bei der Multimorbidität in der Geriatrie, in act gerontol 2, S 139-144;
Lindner, O., Differentialtherapie bei der Multimorbidität in der Geriatrie, in act gerontol 4, S 115-122;

130) etwa auch Zapfe in act gerontol 6, 365;

131) Gsell, O., Multimorbidität als Grundprinzip der klinischen Gerontologie und deren praktische Folgen, in Schubert, (s.Ziffer 128) S 10;

132) Schubert, R., in Schwerpunkte 2 (s.Ziffer 128);
Schubert, R., (s.Ziffer 129);

133) Ostler, C.J., Wechselwirkungen und Inkompatibilität von chemotherapeutisch wirkenden Stoffen in Schubert (s.Ziffer 128) S 16;
Heim, F., Ursachen der Inkompatibilität von Pharmaka, in Schubert (s.Ziffer 128) S 13;

134) Coper, H., Pharmakologische Grundlagen der Therapie beim alten Menschen, in act gerontol 6, S 207ff;
vgl auch Coper/Schulze, Pharmakotherapie im Alter, München 1980;

135) Heim, F., in act gerontol 6, 329;

136) s.o. C II 3;

137) BGH NJW 1977, 337;

138) BGHZ 29, 176 = NJW 1959, 814;

139) Laufs (s.Ziffer 85) S 43;

140) BGH NJW 1956, 1106;

141) vgl OLG Karlsruhe VersR 1979, 58;

142) BGH NJW 1973, 558; 1976, 346;

143) vgl OLG Köln NJW 1978, 1691;

144) BGH NJW 1961, 261; 1966, 1855;

145) BGH NJW 1978, 588;

146) Laufs (s.Ziffer 85) S 37;

147) Hollmann (s.Ziffer 24) S 1394;

148) Schönke/Schröder (s.Ziffer 3) § 223 Rdnr. 38;

149) BGH NJW 1972, 335;

150) Kuhlmann, Zur ärztlichen Aufklärungspflicht, in NJW 1973, 2239, unter Bezugnahme auf ein Referat von Robert Bucklin (Direktor für rechtsmedizinische Angelegenheiten in San Diego, USA) gehalten auf dem 3. Weltkongreß für Medizinisches Recht in Gent vom 19. bis 23. August 1973;

151) BGH NJW 1973, 556;
Laufs (s.Ziffer 85) S 42;

152) zum Ganzen auch Laufs (s.Ziffer 85) S 46;

153) Deutsch, E., Der Zeitpunkt der ärztlichen Aufklärung und die antezipierte Einwilligung des Patienten, in NJW 1979, 1905ff;

Danksagung

Herrn Prof. Dr. E. Liebhardt danke ich für die Überlassung des Themas und die stets freundliche und hilfreiche Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit.

Lebenslauf

Geboren am 25.06.1952 in Geldern als Sohn des
Franz-Josef Jeschek und seiner Frau Irmgard, geb. Flaswinkel

Seit 27.07.1981 verheiratet mit Rita Jeschek, geb. Steinhauser

1959 - 1963	St. Michael Volksschule in Geldern
1963 - 1971	Friedrich-Spee-Gymnasium in Geldern, Abschluß mit Abitur
1971 - 1973	Wehrdienst
1973 - 1978	Jurastudium an der Universität Regensburg, Abschluß mit dem 1. juristischen Staatsexamen
1977 - 1984	Studium der Humanmedizin an der Universität Regensburg und der Technischen Universität München, Abschluß mit der Ärztlichen Prüfung